

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE NUTRICIÓN

**Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición
de niños menores de 5 años en madres participantes y no
participantes de sesiones educativas en Paucará-
Huancavelica**

TESIS

para optar el título de Licenciada en Nutrición

AUTORA

Gabriela Callo Quinte

ASESORA

Margot Rosario Quintana Salinas

Lima – Perú

2009

A mi madre Olga por todo el apoyo y cariño brindado, a mi padre Alfredo presente en cada segundo de mi existencia, a mi tío Apolinar por sus enseñanzas durante toda mi vida, a mis abuelos por su cariño a pesar de la distancia; a Jorge por compartir su historia con la mía.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por el infinito amor que me prodiga, por sus sacrificios y desvelos para educarme y hacer de mi una profesional al servicio del país.

A la Mag. Margot Quintana Salinas, asesora en la elaboración de la tesis, por sus consejos, su dedicación y juiciosa dirección, por el soporte y tiempo puesto al servicio del presente trabajo. A la Mag. Ivonne Bernui Leo, por su confianza y asistencia para mi labor de investigación con material bibliográfico y orientación. A la Lic. Amelia Bardales H. y a la Lic. Carmen Villarreal V. por sus valiosas observaciones, sugerencias y revisión del texto, desde el protocolo de investigación hasta el informe final.

A la Lic. Maria del Pilar Flores Q. por su apoyo y colaboración durante el proceso de toma de datos en Paucará y a lo largo de la investigación. Al Lic. Iván Carbajal G. por su colaboración y orientación con el análisis de datos.

A Las comunidades de Paccho Molinos y Chanquil, especialmente a las madres que participaron en la investigación, por su gentileza, confianza y cariño. Finalmente agradezco a mis familiares, amigos y profesores, que participaron directa o indirectamente en el desarrollo de este trabajo.

CONTENIDO	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo General	9
2.2 Objetivos Específicos	9
III. MATERIAL Y MÉTODOS	9
3.1 Tipo de Estudio	9
3.2 Población	10
3.3 Tipo de muestreo	10
3.3.1 Muestra Cuantitativa	10
3.3.2 Muestra Cualitativa	11
3.4 Definición de Variables	12
3.5 Técnicas e Instrumentos	13
3.6 Plan de Recolección de Datos	14
3.7 Tabulación y Procesamiento de datos	15
3.8 Análisis de Datos	17
3.9 Ética del Estudio	18
IV. RESULTADOS	19
4.1 Características de la Muestra	19
4.2 Características de las sesiones educativas en alimentación y nutrición recibidas por las madres participantes de sesiones educativas	19
4.3 Nivel de Conocimientos	20
4.4 Prácticas Alimentarias	23
4.5 Relación de los Conocimientos con las Prácticas	26
4.6 Estudio Cualitativo	27
4.6.1 Madres Participantes de Sesiones Educativas	27

4.6.2 Madres No Participantes de Sesiones educativas	29
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES	37
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
IX. ANEXOS	42
Anexo N° 1: Mapa de Huancavelica - Paucará	42
Anexo N° 2: Datos Generales	43
Anexo N° 3: Ficha de observación de Prácticas Alimentarias	44
Anexo N° 4: Prueba de Conocimientos sobre Alimentación y Nutrición	47
Anexo N° 5: Guía para la Entrevista en Profundidad (reestructurada)	52
Anexo N° 6: Guía para el Grupo Focal	53
Anexo N° 7: Galería Fotográfica	54

TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1: Características de las Madres Participantes y No Participantes a Sesiones Educativas en Paucará, Huancavelica 2008	19
Tabla 2: Comparación del puntaje obtenido en la prueba de conocimientos por las madres participantes y no participantes según temas. Paucará 2008	20

Figuras

Figura 1: Tipo de sesiones educativas (SE) en alimentación y nutrición de las que participaron las madres. Paucará – Huancavelica 2008	20
Figura 2: Profesional que brindó la sesión educativa (SE) en alimentación y nutrición. Paucará - Huancavelica 2008	20
Figura 3: Número de madres participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Alimentación complementaria. Paucará – Huancavelica 2008	21
Figura 4: Número de madres participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Alimentación del pre escolar. Paucará – Huancavelica 2008	22
Figura 5: Número de madres participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Higiene. Paucará – Huancavelica 2008	22
Figura 6: Comparación del nivel de conocimientos entre madres participantes y no participantes de Sesiones Educativas. Paucará 2008	23
Figura 7: Prácticas realizadas sobre Alimentación del pre escolar en madres participantes y no participantes de SE. Paucará – Huancavelica 2008.	24
Figura 8: Prácticas realizadas sobre Higiene en madres participantes y no participantes de SE. Paucará – Huancavelica 2008.	25
Figura 9: Comparación de las prácticas alimentarias y de higiene entre madres participantes y no participantes de Sesiones Educativas. Paucará 2008	25
Figura 10: Correlación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación, nutrición e higiene en madres participantes de sesiones educativas. Paucará 2008	26
Figura 11: Comparación de prácticas alimentarias entre madres con nivel de conocimientos sobre alimentación medio y bajo. Paucará 2008.	26
Figura 12: Madres participantes: Razones para no practicar conocimientos sobre alimentación y nutrición en el pre – escolar. Paucará 2008	27
Figura 13: Madres participantes: Razones para no practicar conocimientos sobre Higiene alimentaria. Paucará 2008	28
Figura 14: Madres no participantes: Razones para llevar a la práctica conocimientos sobre alimentación en el pre- escolar. Paucará 2008	29
Figura 15: Madres no participantes: Razones para llevar a la práctica conocimientos sobre Higiene alimentaria. Paucará 2008	30

RESUMEN

Objetivos: Identificar la relación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas (SE), residentes en Paucará, Huancavelica – 2008. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de asociación cruzada, transversal; y etnográfico. En lo cuantitativo, se realizó un muestreo no probabilístico para obtener una muestra de 48 madres, dividida en forma equitativa entre participantes a SE durante los últimos 12 meses por al menos 5 meses consecutivos, y no asistentes; se aplicó una ficha de observación de prácticas alimentarias y una prueba de conocimientos sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años que indagaban acerca de alimentación complementaria, alimentación del pre-escolar e higiene; previamente validados por juicio de expertos y un piloto; se aplicó la estadística descriptiva, para comparar los conocimientos y prácticas entre ambos grupos de madres se utilizó la prueba t student, para determinar la relación entre el nivel de conocimientos con las prácticas se utilizó chi cuadrado y para la correlación de conocimientos y prácticas se usó Pearson. En lo cualitativo, el muestreo fue intencional y con bola de nieve; se realizaron 2 entrevistas en profundidad y 1 grupo focal en cada grupo, para cada técnica se utilizó una guía que indagaba las razones que tenían las madres participantes para no practicar determinados conocimientos sobre alimentación y nutrición y las razones que tenían las madres no participantes para realizar prácticas consideradas adecuadas; también se utilizó una grabadora de voz, cuyo contenido fue grabado y analizado, las transcripciones fueron agrupadas por temas y luego codificadas para desarrollar categorías principales en esos temas. **Resultados:** La edad promedio de las madres fue 27,8 años, 88% tuvieron primaria incompleta, 92% quechuahablantes. El 62% de madres participantes recibió SE en forma de charlas. Hubo diferencia significativa en la prueba de conocimientos entre grupos de madres ($p=1 \times 10^{-4}$). Todas las madres asistentes a SE tuvieron un nivel de conocimientos medio. Hubo relación entre los conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición realizadas por las madres asistentes a SE ($r= 0.7918$). Las razones de madres asistentes a SE para no practicar determinados conocimientos sobre alimentación y nutrición fueron preferencia del niño: “*Le gusta la sopita*”, orden cultural “*Casi siempre la sopa va primero*”, disponibilidad, accesibilidad, actividades laborales; y sobre higiene, fueron porque realiza diversas actividades en forma simultánea: “*Estoy haciendo tantas cosas que no me lavo las manos tanto*”, clima frío:

“A veces me lavo (las manos), hace frío”; y las razones de quienes no asistieron a SE para realizar prácticas adecuadas fueron que alimentan al pre-escolar entre comidas por demanda del niño “Todo el día (come), cuando tiene hambre, coge chuñito, papa, mashua”, acompañan al niño mientras come para integrar al niño a la familia y asegurarse que coma todo “Comen solos, claro, pero hay verlos, sino no comen”, alimentan al niño cuando se enferma para evitar prolongar la enfermedad.

Conclusiones: Las madres asistentes a SE mostraron un nivel de conocimientos medio en temas de alimentación y nutrición (10.3 puntos de 20) suficiente para ser estadísticamente diferente del de madres no participantes (8.5 puntos). Las madres asistentes a SE mostraron mayor porcentaje de prácticas alimentarias adecuadas y una relación entre sus conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años ($r= 0.7918$). Las razones manifestadas por las madres asistentes a SE para no poner en prácticas los conocimientos que tenían fueron: preferencia del niño, costumbre familiar, acceso y disponibilidad de los alimentos. Las razones manifestadas por las madres no asistentes a SE para realizar prácticas adecuadas como acompañamiento al niño mientras come y alimentación durante la enfermedad fueron la integración del niño a la familia y asegurarse que coma todo y, evitar prolongar la enfermedad, respectivamente.

Palabras clave: Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición, sesiones educativas, razones.

ABSTRACT

Objectives: To identify the relationship between knowledge and practice on food and nutrition of children under 5 years in participating and nonparticipating mothers in educational sessions (ES), residents in Paucará, Huancavelica-2008. **Methods:** Descriptive, ethnographic, quanti-qualitative study. In the quantitative phase, the sampling was non probabilistic and it had 48 mothers divided in 2 groups: participating and non participating mothers in educational sessions. We applied an observation form of feeding practices and a test of knowledge about food and nutrition of children under 5 years who asked about complementary feeding, pre-school feeding and hygiene, previously validated by expert opinion and a pilot. It was applied descriptive statistics: to compare the knowledge and practices among both groups of mothers was used the student t test and to determine the relationship between the level of knowledge practices and chi square was used; for correlation of knowledge and practices it was used Pearson. In the qualitative phase, the sample was intentional and using the snowball technique; 2 interviews in-depth were conducted, 1 focus group in each group. For each technique was used a guide asking the reasons for participating mothers in SE were not practicing certain knowledge about food and nutrition and the reasons participants were mothers not considered suitable for practice, it was also used a voice recorder, whose content was de recorded and analyzed, the transcripts were grouped by themes and then coded to develop on major categories in these areas.

Results: 88% of mothers had incomplete primary education, 92% spoke Quechua. 62% of participating mothers received in expositions as ES. There was significant difference in the test of knowledge between groups of mothers ($p = 1 \times 10^{-4}$). All participating mothers were in the intermediate level of knowledge. There was a relationship between knowledge and practices on food and nutrition in the participating to ES mothers ($r = 0.7918$). The reasons for participating mothers in ES to not put in practice certain knowledge about food and nutrition were preference of the child: "He likes soup," cultural order "the soup is always first," availability, accessibility, work activities; and about hygiene, because several activities were performed simultaneously: "I'm doing so many things that I do not wash my hands so much," cold weather "Sometimes I wash (hands), it's cold," and the reasons for non participating in ES mothers to have good practices were: feeding the pre-school between meals because of the demand of the child "all day he eats, when is hungry, take 'chuñito',

potato, mashua", accompany the child while eating to integrate the child into the family and ensure that eats everything, "They eat alone, of course, but we have see them, if we do not do that, they do not eat; they feed the child when sick to avoid prolonging the disease.

Conclusions: Mothers participating in ES showed a medium level of knowledge of food and nutrition issues (10.3 points out of 20) enough to be statistically different from non-participating mothers (8.5 points). Participating mothers in SE showed a greater percentage of appropriate feeding practices and a relationship between knowledge and practice on food and nutrition of children under five years ($r = 0.7918$). The reasons expressed by participating mothers in ES for not putting into practice the knowledge were: preference of the child, family habit, access and availability of food. The reasons expressed by non participating mothers in ES for good practices such as accompany the child while eating and feeding during illness were the integration of the child to the family and ensure that they eat everything, and avoid prolonging the disease, respectively.

Key words: *Knowledge and practice about food and nutrition, educational sessions, reasons.*

I. INTRODUCCIÓN

Una adecuada alimentación y nutrición no sólo es un derecho humano, ni sólo parte integral de las necesidades básicas de la persona, es también una inversión que rinde tan igual en el presente como en el futuro. Las mejoras nutricionales del recurso humano de un país tienen un efecto muy poderoso en el bienestar y en el crecimiento de la nación.

La pobreza y el retardo en el crecimiento están fuertemente relacionadas, y afectan a la mitad de la población del Perú y a la cuarta parte de su población infantil, respectivamente¹. Un niño desnutrido está más expuesto a infecciones; cuando crece, sus procesos cognitivos se encuentran disminuidos, lo que ocasiona bajo rendimiento escolar (muchas veces a causa de anemia) que limita su acceso a niveles de educación superior de calidad; y cuando sea una persona adulta, tendrá limitadas capacidades para desempeñarse en forma óptima en su vida laboral, lo que generará que se convierta en una persona de mando medio o que realice oficios que le retribuirán bajos ingresos. Es así como se cierra el círculo de la desnutrición y la pobreza, el cual se reproduce inter generacionalmente².

Es innegable que la pobreza y marginación, principalmente en zonas rurales, son causas básicas de otros factores que a su vez favorecen la desnutrición infantil: bajo nivel educativo, bajo ingreso, insuficiente acceso a los alimentos y servicios de salud, malas condiciones sanitarias, entre otros. Cada uno de estos factores, a su vez, puede favorecer la aparición de situaciones que directamente dañan el estado de nutrición del niño como el uso inadecuado de los alimentos disponibles en el hogar, la contaminación fecal del agua y alimentos, las consecuentes enfermedades infecciosas y parasitarias, el manejo inadecuado de las mismas y la tardanza en recurrir a los servicios de salud para su atención.

La inmunodeficiencia derivada de la desnutrición hace más susceptibles a los niños a contraer enfermedades infecciosas; la mayor frecuencia y duración de las infecciones afecta gravemente el estado de nutrición, generando un círculo vicioso desnutrición-infección-desnutrición que puede comprometer gravemente la salud, el crecimiento, el desarrollo y la propia sobre vivencia de los niños³.

En el segundo semestre de vida del ser humano, la leche materna sigue siendo su fuente de energía más importante, pero necesita de otros alimentos que la complementen para cubrir el 100% de sus requerimientos. Es a partir de los 6 meses

cuando el medio ambiente insalubre y la alimentación deficiente hacen mella extensamente en el estado de nutrición de la población. Así se reporta en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2004- 2006, donde el retardo en el crecimiento de los niños peruanos menores de cinco años se incrementa rápidamente desde los 6 meses de vida y se estabiliza alrededor de los dos años, permaneciendo en adelante por encima del 30 por ciento⁴.

El Informe Nacional sobre Seguridad Alimentaria en el Perú del año 2002⁵, muestra que -según los ENDES respectivos- el porcentaje de niños de 6 a 9 meses que recibieron algún tipo de comida semisólida en las 24 horas previas a la encuesta mejora de 62.4% en 1992 a 79.4% en el 2000, mostrando un discreto descenso respecto a 1996 en que se reportó un 82.3%. Sin embargo, aún las madres prefieren ofrecer sopas y alimentos diluidos, preparaciones con muy baja densidad energética a sus pequeños hijos. La frecuencia de alimentación es por lo general tres comidas al día, cuando es necesario ofrecer entre cinco o seis comidas. Finalmente, la edad de inicio de la alimentación complementaria es inadecuada, ya que en la mayoría de hogares de las áreas urbanas de la costa, sierra y selva, el inicio o introducción de alimentos diferentes a la leche materna se hace a una edad muy temprana, entre los 3 y 5 meses; mientras que en las áreas rurales y en la sierra urbana es común iniciarla entre los 9 y 12 meses⁵.

No se reportan cambios significativos para estas prácticas en ENDES Continua 2004 – 2005, sólo el 80.3% de niños lactantes de 6 a 9 meses recibe alimentos complementarios el día de la encuesta⁴. Aunque en muchos hogares pobres las madres realizan prácticas consideradas adecuadas sin haber asistido a SE, demostrando su capacidad para optimizar sus recursos y revalorar prácticas tradicionales en medio de la gravedad y persistencia de restricciones económicas.

En un proyecto de Evaluación de conocimientos y comportamiento alimentario nutricional realizado por CEPREN en dos departamentos (Apurímac y Cajamarca) se encuentra lo siguiente⁶: en Apurímac, la edad de inicio de la alimentación complementaria en el 45% de niños es a los 6 meses, 25% entre 3-4 m y 25% entre 7-8 m. El 58% de niños inician su alimentación complementaria con alimentos de consistencia semisólidas y en un 31% con alimentos líquidos, todos con baja densidad energética. Se halla además que el volumen de la porción es reducida (3 cucharadas en tiempos de comida), la dieta es a base de cereal, tubérculos y muy pocos alimentos de origen animal, usan harina de menestras como “ulpada”, el aporte energético es insuficiente para cubrir los requerimientos. La cantidad de proteína

consumida es adecuada pero la calidad de la misma es baja a partir del primer año. También se registra que el consumo de calcio y hierro son deficientes.

Las prácticas inadecuadas en la alimentación están muchas veces determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad la gente puede preferir venderlos en lugar de consumirlos y, a menudo, no se les da a los niños más pequeños. En el Perú, la mayoría de madres de niños entre los 6 y 9 meses de edad, informa haber proporcionado a sus hijos papillas de cereales y alimentos con baja densidad de nutrientes, limitando su ingesta de nutrientes de origen animal¹.

Cuando se incorporan alimentos complementarios, éstos contienen nutrientes de baja calidad y a menudo son administrados a los niños con escasa frecuencia. En general, la población de zonas rurales y urbano marginales sobrevalora la sopa para los niños, a pesar de que en las SE se suele indicar que el segundo es la preparación más conveniente para el niño.

Los escasos y /o erróneos conocimientos sobre una adecuada alimentación se aplica también para los adultos. En las prácticas observadas durante la alimentación familiar en los hogares peruanos en general, se detecta poca o escasa aplicación de conocimientos y valoración de la calidad nutritiva de los alimentos, así como de las combinaciones y preparaciones más adecuadas, estas prácticas negativas son muy difíciles de reorientar y repercuten en el estado nutricional de los grupos más vulnerables⁷.

Según la Evaluación de impacto PACFO⁸, existe un desfase entre conocimientos y prácticas de la alimentación complementaria: la mayoría de mujeres tienen conocimiento respecto a que ésta alimentación debería darse a partir de los seis meses, pero al menos la cuarta parte empieza a alimentar a sus hijos con mazamorras y purés (de productos de la zona) antes de esa edad; por qué no llevan a la práctica aquello que conocen es una interrogante que puede ser resuelta con investigación cualitativa.

Las inadecuadas prácticas en la manipulación y conservación de los alimentos durante la cadena alimentaria (producción, almacenamiento, procesamiento y distribución) producen importantes pérdidas que no están siendo bien valoradas. Estas prácticas inadecuadas se deben al poco conocimiento y/o a la poca importancia que se da a estos aspectos. También están directamente relacionadas con las precarias condiciones de higiene, con los limitados servicios de saneamiento básico de agua y

desagüe, y con la carencia en el equipamiento básico de cocina y de conservación de alimentos que se observa en numerosas familias, especialmente en las áreas rurales de la sierra y selva. Estos factores influyen en la existencia y alta prevalencia de enfermedades diarreicas que guardan estrecha relación con la utilización biológica de los alimentos que inciden en la desnutrición infantil, así como lo hace la deficiencia dietaria crónica⁵.

Gran parte de la educación para la salud se ha enfocado hacia la educación en nutrición. En esta área existen dos tendencias: Una, en donde se visualiza al proceso educativo en relación con la nutrición, como la manera de modificar hábitos y costumbres para disminuir los problemas nutricionales y cuyo punto de acción responsabiliza en su totalidad al individuo; dejando de lado los factores socioeconómicos que se encuentran vinculados con la producción, abasto y consumo de alimentos por la población⁹. La otra, es ubicar los problemas de la nutrición dentro del contexto que genera la pobreza y abordar la educación nutricional como un instrumento que promueva e impulse entre los diferentes sectores de la población, su participación directa en decisiones políticas y económicas fundamentales para su desarrollo humano⁹.

Para concretar las pretensiones de promoción de la salud en el sentido de que la población mejore su salud y tenga un control sobre la misma, es necesario la aplicación de metodologías que promuevan el involucramiento y la participación de la población en el diseño, planeación, ejecución y evaluación de las acciones⁹.

Se ha encontrado que la mayoría de organizaciones e instituciones toman en cuenta en su marco de intervención los enfoques de interculturalidad, empoderamiento y género, pero los enfoques de participación y derechos son muy poco considerados y, además, pocos hacen referencia a ellos. Incluso están ausentes en la práctica o son abordados superficialmente tan sólo como contenidos¹⁰.

La Educación en Alimentación y Nutrición (EAN) promueve la participación activa de toda la población para que cuiden de su propia salud y nutrición. En ella participan no sólo el personal de servicios de salud, sino también personas conocedoras del tema que estén interesadas en realizar actividades para desarrollar mejores condiciones de vida para todos¹¹.

La educación en alimentación y nutrición es la formación que recibe un individuo o un grupo acerca de alimentación, nutrición y salud, y cómo y cuándo poner en práctica estos conocimientos. Esta educación se puede adquirir mediante

experiencias propias o de otras personas, lecturas consejos, recomendaciones, reuniones de grupo y demostraciones, entre otras formas¹¹. Otra forma de definir el concepto es la parte de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de unos hábitos alimentarios saludables, en consonancia con los conocimientos científicos de nutrición, persiguiendo la promoción de la salud como objetivo principal¹².

La Educación en alimentación y nutrición es importante porque permite: ampliar los conocimientos sobre los alimentos y la nutrición, desarrollar las habilidades para identificar problemas y buscar recursos, desarrollar las actitudes necesarias para mejorar las condiciones de alimentación, desarrollar el interés en buscar nuevas fuentes de alimentos y desarrollar las habilidades para darse cuenta de los beneficios que trae el cambio de “malas” costumbres¹¹.

Las características que siempre se deberían encontrar de la EAN son¹³:

Efectiva, porque cuando las personas ponen en práctica lo aprendido sobre alimentación y nutrición, empiezan a ver que sus problemas al respecto se solucionan y todos se benefician del cambio. Para ello, las prácticas de lo aprendido deben realizarse continuamente, hacerlo propio y así poder ver resultados.

Participativa, porque crea unión entre las personas que están tratando de solucionar un problema.

Planificada, porque se debe hacer primero un análisis de qué es lo que está sucediendo para luego poder cambiar lo erróneo, y así promover una alimentación y nutrición adecuadas.

Creativa, porque las personas que participan tienen que ir descubriendo cómo mejorar y obtener más beneficios de los recursos que poseen.

Respetuosa, porque no trata de cambiar las costumbres de la población, sino que apoya aquellas prácticas que promueven la salud de los pobladores.

Integradora, porque trata de unir las causas y consecuencias de los actos que condicionan la mala salud.

Individual, porque cada persona aprende mediante diversos métodos que son aplicados a la población.

Los propósitos que tiene la EAN son promover la seguridad alimentaria de la población y promover su estado nutricional adecuado. Para lograr estos propósitos, primero se tienen que alcanzar objetivos más concretos y sencillos. Por ejemplo, que

los participantes busquen recursos que tengan a su alcance para solucionar sus problemas y mejoren sus prácticas alimentarias, objetivo no sencillo.

La educación en nutrición utiliza la comunicación social para lograr cambios de mediano o largo plazo en las conductas no deseadas de la población, con relación a la alimentación. Cuando la comunicación interpersonal forma parte de esta estrategia, tiene un papel complementario, porque refuerza las actividades destinadas a modificar esta conducta no deseable de todo un grupo y no sólo de un individuo aislado¹⁴.

Para enseñar de modo eficaz, el facilitador en materia de alimentación y nutrición debe saber cómo aprende la gente y qué es lo que influye en su aprendizaje.

Los que van a recibir la enseñanza, los facilitadores y la situación o ambiente en que se efectúa aquella son elementos que desempeñan una función en el proceso de la enseñanza y el aprendizaje. Los factores que influyen en uno de tales elementos influyen también en los demás¹⁵.

“Generalmente la gente aprende porque necesita o desea algo...” Además, “Intentar persuadir a la gente que adopte buenos hábitos de nutrición es como construir un puente sobre un río. De una parte está el ‘facilitador’, éste posee una serie de conocimientos acerca de la nutrición que cree son útiles y está dispuesto y se presta a comunicar. En la otra parte está la gente. Ésta se ocupa de los asuntos a su manera y no desea forzosamente recibir las enseñanzas que el profesor tiene que dar”¹⁵. Este último tiene que hallar un método de comunicación, un medio de compartir su saber con la gente, de modo que ésta le comprenda, pues, de lo contrario no puede ayudar. Sin comunicación, no puede existir enseñanza¹⁵.

La intervención nutricional es una herramienta oportuna para el tratamiento y prevención de la desnutrición, que no sólo precisa de mediciones de peso y talla sino también evaluaciones en alimentación y de actividades educativas sobre hábitos de alimentación¹⁶.

El departamento de Huancavelica (Anexo 1) está constituido políticamente por 7 provincias y 93 Distritos¹⁷. Está situado en la región central del Perú, en plena región andina^{18,19}. Tiene una superficie territorial accidentada y presenta quebradas profundas, su territorio está atravesado de Sur-Este a Nor Oeste por la cordillera Occidental de los Andes configurando una meseta con un suelo sumamente accidentado por las tres vertientes hidrográficas (Pacífico, Mantaro y Pampas) conocido con el nombre de “Cordillera de Chonta”, de picos temporalmente nevados que alimentan las lagunas de Choclococha y Pacococho¹⁷.

En términos de los servicios básicos, las condiciones que presentan los hogares de la región están muy lejos de cubrir las necesidades de los pobladores. El 88% de los hogares no dispone de servicios higiénicos o desagüe, el 68% se abastece de agua directamente de los ríos, el 70% no cuenta con energía eléctrica, el 90% tiene piso de tierra, entre otros indicadores. Además, la mayoría de las familias están afectadas por situaciones de hacinamiento al estar sus casas compuestas de sólo una o dos habitaciones¹⁸.

Los principales indicadores sociales¹ revelan la extrema precariedad de las condiciones de vida en la región, lo que limita duramente las posibilidades de desarrollo. El estado de la educación y la salud en la población se expresan en los niveles de analfabetismo (34% de los habitantes mayores de 15 años, porcentaje 3 veces superior al promedio nacional) y una esperanza de vida de 55 años, 12 menos que el promedio del país.

Según el mapa de pobreza de Foncodes, 2006²⁰, Huancavelica es considerado el departamento más pobre del país por presentar los indicadores de pobreza más altos. Se conoce que el 86% de la población total de Huancavelica reside en el área rural¹⁷. Además, según la ENDES 2000¹ y la ENDES Continua^{3,21}, Huancavelica presenta el mayor porcentaje de desnutrición del país en los niños menores de 5 años (53% y 48.5% respectivamente), duplicando así el promedio nacional.

Por todo esto, Huancavelica cuenta con diferentes instituciones y organismos no gubernamentales que realizan diversas acciones para combatir los problemas más urgentes de este departamento. Entre estas actividades, están las relacionadas a luchar contra la inseguridad alimentaria, y más específicamente a mejorar la alimentación y nutrición de los pobladores con intervenciones de educación en alimentación y nutrición.

Durante muchos años el estado e instituciones privadas vienen realizando estudios e intervenciones para combatir la desnutrición infantil y terminar con un eslabón de la pobreza. Entre estas intervenciones se encuentran a los programas de asistencia alimentaria, que se vienen desarrollando sin resultados contundentes²². Las capacitaciones (a través de sesiones educativas) en temas de alimentación, nutrición, e higiene. Estas capacitaciones están dirigidas principalmente a las madres o a los cuidadores de niños menores de 3 años, a promotoras de salud de las comunidades y al personal de los establecimientos de salud²³.

El propósito de las intervenciones educativas es que lo comunicado sea puesto en práctica. En Paucará, zona rural de Huancavelica, al menos dos ONG (CARE, **desco**) y el sector salud (Programa PACFO²⁴) -dentro de su plan de intervención- realizan actividades de capacitación en alimentación y nutrición del niño a madres de niños menores de 5 y 3 años, según sea su grupo objetivo. Generalmente, las intervenciones como sesiones educativas, consisten en consejería nutricional, exposiciones y en talleres demostrativos de preparación de alimentos con énfasis en el uso de los alimentos locales y en las prácticas saludables de manipulación de alimentos²⁵.

Hasta el momento los logros aludidos por las mencionadas instituciones están basados principalmente en indicadores de proceso y no de impacto, o se evaluó una práctica alimentaria y no el conjunto de las mismas. Se desconoce si realmente hay cambios positivos en las prácticas alimentarias. Además, no se ha hallado información sobre las razones por las que las madres practican o no los conocimientos adquiridos en tema de alimentación y nutrición, por ello se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál y cómo es la relación entre los conocimientos sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años y las prácticas respectivas en madres participantes y no participantes de sesiones educativas, residentes en Paucará- Huancavelica?

En la presente investigación se requirió integrar los enfoques de investigación cuantitativa y cualitativa, con la cuantitativa para establecer si había relación significativa entre conocimientos y prácticas y con la cualitativa para identificar las razones de porqué no había relación entre lo que se conoce y se hace. Los hallazgos contribuirían a plantear de mejor manera las estrategias educativas al tipo de madres de la muestra.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Identificar la relación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas (SE), residentes en Paucará, Huancavelica – 2008.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años en madres participantes y en no participantes de sesiones educativas.
- Identificar las prácticas sobre alimentación y nutrición en el niño menor de cinco años realizadas por las madres participantes y por las no participantes de sesiones educativas
- Explorar las razones que tienen las madres participantes de sesiones educativas para no practicar determinados conocimientos sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años
- Explorar las razones que tienen las madres no participantes de sesiones educativas para realizar prácticas adecuadas sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudio

Estudio de enfoque cuantitativo.

Según el enfoque cuantitativo es un estudio descriptivo de asociación cruzada y transversal.

Según el enfoque cualitativo es un estudio etnográfico.

3.2 Población

La población estuvo conformada por madres de niños entre 6 y 60 meses, con nivel máximo de instrucción secundaria incompleta, que preparaban el alimento de sus hijos, quechua hablantes o bilingües (quechua – castellano), con menos de 4 hijos, que disponían de alimentos de origen animal (que contaban con al menos un par de animales menores comestibles), cuyos niños no presentaban alguna enfermedad crónica que le impidiera tener una alimentación normal y residentes en las comunidades de Paccho Molinos y Chanquil, distrito de Paucará, provincia de Acobamba, departamento de Huancavelica.

Las madres fueron clasificadas en dos grupos:

Grupo 1	Grupo 2
Madres participantes de sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición durante los últimos 12 meses por al menos 5 meses consecutivos.	Madres no participantes de sesiones educativas en temas de alimentación y nutrición o con 1 o 2 asistencias como máximo durante los últimos 12 meses.

3.3 Tipo de Muestreo

3.3.1 Muestra cuantitativa

Tamaño muestra: Se utilizó la siguiente fórmula de tamaño de muestra para estimar la diferencia de proporciones, con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 20%:

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2 p (1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 (1-p_1) + p_2 (1-p_2)}}{(p_1 - p_2)^2} \right]^2 = 50$$

Donde:

Z_{α} = nivel de confianza para α se estima en 95%, equivaliendo a 1.64

Z_{β} = potencia para β se estima en 90%, equivaliendo a 1.28

p = prevalencia promedio(Participantes- No participantes): 36%

p_1 = prevalencia en el grupo de control (No Participantes): 50.0%

p_2 = prevalencia en el grupo de intervención (Participantes): 22.0%

*Ajuste para población finita: $n = n / (1 + n/N)$

La muestra fue de 48 madres, pues eran las que cumplían los criterios de inclusión, dividido en dos grupos: Madres participantes (n=24) y no participantes (n=24) de sesiones educativas.

Método de muestreo: El muestreo fue no probabilístico.

Para identificar a las participantes, se contó con la lista de madres (n=80) que tuvieran niños entre los 6 y 60 meses facilitado por el Puesto de Salud de Chanquil, y con el listado de las madres de la comunidad de Paccho Molinos (n=30), obtenido algunos meses previos a la iniciación del estudio

3.3.2 Muestra Cualitativa

Tamaño de muestra: Para las entrevistas en profundidad participaron cuatro madres, dos por cada grupo (participantes de las sesiones educativas sobre alimentación y nutrición y no participantes).

Para los dos grupos focales participaron nueve madres, cuatro para las participantes de sesiones educativas y el resto para las no participantes.

Método de muestreo: Fue intencionado y con bola de nieve.

3.4 Definición de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUB VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	MEDICIÓN
Conocimientos sobre alimentación y nutrición	Concepciones que tiene la madre sobre alimentación, nutrición e higiene del niño.	A. Alimentación Complementaria B. Alimentación del pre escolar C. Higiene	Ordinal	Nivel de conocimientos	Bajo Medio Alto	0 – 6ptos 7 – 13ptos 14– 20ptos
Prácticas alimentarias	Conjunto de comportamientos que la madre realiza en la alimentación del niño. En este caso, se evaluó como práctica alimentaria la consistencia de las preparaciones, el número de comidas y el tipo de alimento que el niño recibía; la interacción madre y/o cuidadora – niño/a, además el lavado de manos de ambos ²⁶ , almacenamiento de agua y manejo de sus animales domésticos.	A. Alimentación Complementaria B. Alimentación del pre escolar C. Higiene	Nominal	Porcentaje de prácticas alimentarias	Prácticas adecuadas Prácticas inadecuadas	>50% prácticas realizadas durante la observación ≤50% prácticas realizadas durante la observación
Participación en Sesiones Educativas (SE) sobre Alimentación y Nutrición	Conjunto de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras relacionadas con la nutrición, que conducen al bienestar y la salud ²⁶ . Consistentes en exposiciones, talleres demostrativos y consejería nutricional ²⁷ .	No aplica	Nominal		Madre participante de SE Madre no participante a SE	Cuando asistió a alguna SE sobre alimentación y nutrición al menos una vez al mes por más de 5 meses continuos en el último año Cuando no asistió a alguna SE sobre alimentación y nutrición o sólo lo hizo hasta dos veces en 5 meses continuos en el último año

3.5 Técnicas e Instrumentos

Técnicas

Fase cuantitativa

Observación no participante

Para identificar las prácticas que tenía la madre sobre la alimentación de su niño(a) se aplicó la observación no participante, que consistió en tomar datos desde alrededor de las seis de la mañana hasta el término de la última comida preparada que recibió el niño(a). Para ello se elaboró la Ficha de observación de prácticas alimentarias (Anexo 3).

Esta ficha estuvo conformada por 3 segmentos: Alimentación complementaria, constituido por 12 ítems, Alimentación del pre escolar constituido por 10 ítems e Higiene alimentaria, constituido por 8 ítems. Fue aplicada según la edad del niño(a). Se consideró práctica alimentaria adecuada cuando se verificó que “*Realiza*” dichas prácticas, excepto en la alimentación complementaria: “*El niño usa biberón*” y “*Se da alimentos con aditivos artificiales o gaseosas*”, y para niños en edad pre escolar: “*Se da al niño dulces, gaseosas o comida chatarra*”.

Encuesta:

Para determinar los conocimientos que tenía la madre sobre alimentación del niño(a), se elaboró la Prueba de conocimientos sobre Alimentación y Nutrición (Anexo 4)

Esta Prueba, al igual que la ficha de Observación de Prácticas Alimentarias estuvo conformada por 3 segmentos: Alimentación complementaria, constituido por 12 ítems, Alimentación del pre – escolar, constituido por 10 ítems e Higiene Alimentaria, constituido por 8 ítems.

Se aplicó toda la prueba a las madres colaboradoras de esta investigación, porque las sesiones educativas sobre alimentación y nutrición dirigidas a madres, no discriminan los temas según la edad del hijo o hija que tengan las participantes.

La Ficha de observación y la Prueba de conocimientos sobre alimentación y nutrición fueron validadas por juicio de expertos²⁸ y luego, con una prueba piloto. Se consideró *experto* a dos docentes de la Escuela Académico Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que participaban en las asignaturas

cuyos contenidos estaban relacionados con la alimentación y nutrición del niño, dos nutricionistas del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, tres investigadores del Instituto de Investigación Nutricional especializados en el tema de nutrición y alimentación infantil y una nutricionista de UNICEF.

Fase cualitativa

Entrevista en profundidad

Para conocer las razones de las madres para poner en práctica o no los conocimientos sobre alimentación y nutrición del niño hallados en la anterior fase, se aplicó una Entrevista en profundidad (Anexo 5), que contó con una guía de preguntas previamente después de haberse realizado la observación de las madres del estudio. Se consideró para cada grupo (madres participantes de SE y no participantes) preguntas acordes a los resultados obtenidos con las técnicas anteriores.

Grupo focal

La técnica de grupo focal se aplicó para triangular la información recogida en la entrevista en profundidad. Por lo que los contenidos de ambas guías fueron semejantes, previamente elaboradas y luego, reestructuradas después de haberse realizado la fase cuantitativa (Anexo 6).

3.6 Recolección de Datos

Previamente a la toma de datos se realizaron las coordinaciones pertinentes con los dirigentes comunales de Paccho Molinos y con los encargados del Puesto de Salud de Chanquil para realizar el estudio. Se solicitó el apoyo de madres líderes, bilingües para contactar a las madres a encuestar y para que colaboraran como traductoras cuando fuera necesario.

Luego, en las comunidades mencionadas se realizó una prueba piloto de los instrumentos a utilizar (Ficha de observación y Prueba de conocimientos) con madres con características semejantes a las que participaron en el estudio.

Una vez que fueron identificadas las madres que podrían participar en el estudio, se procedió a explicarles los objetivos del mismo, absolver sus preguntas y con ello obtener su consentimiento informado verbal (la mayoría eran analfabetas funcionales) para la participación en el estudio.

Se les preguntó sus datos generales entre ellos: Nombre, edad, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, el nombre y edad de sus niños (Anexo 2). A las madres asistentes a sesiones educativas sobre alimentación y nutrición se les preguntó sobre las características de estas sesiones como tipo de sesión, personal que las brindó e idioma en las que fueron impartidas.

Posteriormente, con el apoyo de otra bachiller en nutrición se visitaron durante dos oportunidades las casas de todas las madres que colaboraron en el estudio.

La primera ocasión fue para observar las prácticas alimentarias nutricionales durante todo el día. La visita fue desde muy temprano por la mañana, alrededor de las cinco y treinta a.m. y culminó cuando el niño terminaba su última comida preparada. Al día siguiente se realizó la segunda visita, para aplicar la prueba de conocimientos por entrevista, en todos los casos se preguntó a las madres y se anotó la respuesta inmediata de las mismas.

Se realizó la observación y luego se aplicó el instrumento de conocimientos para evitar que la madre reconozca los temas que se estaban indagando y cambiara sus prácticas habituales durante la observación.

Después de realizadas las visitas a todas las familias de la muestra y con los resultados obtenidos, se procedió a reestructurar la guía de entrevista en profundidad. Esta entrevista fue efectuada en el domicilio de las madres seleccionadas, para ello se contó con la guía respectiva, una grabadora de voz y la participación de otra madre, quien colaboró para traducir las preguntas cuando fue necesario. Cabe aclarar que la investigadora tenía conocimientos básicos del idioma quechua de la zona, donde laboró durante seis meses antes del estudio.

Los grupos focales fueron realizados en el puesto de salud de Chanquil y en la casa de una de las madres de la comunidad de Paccho Molinos, con madres participantes de sesiones educativas y no participantes, respectivamente; en ambientes libres de ruido o de alguna interrupción. Se contó además con la guía correspondiente, una grabadora de voz y entre las madres colaboraban para traducir alguna pregunta.

3.7 Tabulación y procesamiento de datos

Las fichas de observación y las pruebas de conocimiento fueron revisadas para evitar inconsistencias. Se obtuvo un total de 48 encuestas que incluían la ficha de

observación (Anexo 3) y la encuesta de conocimientos (Anexo 4) (entre los dos grupos). Se procedió a digitar y recopilar toda la información recogida en hojas de cálculo del programa Excel 2003.

3.7.1 Fase cuantitativa

Observación

Se categorizó como prácticas alimentarias adecuadas cuando la madre había realizado más del 50% de las prácticas durante la observación.

Prueba de Conocimientos

Se realizaron 30 preguntas a las que se les dio 0.67 de puntaje. El puntaje máximo alcanzable fue veinte (20). Al principio, la calificación fue bajo de 0 a 10, medio de 11 a 15 y Alto de 16 a 20; posteriormente a la aplicación de la encuesta y durante el proceso de análisis de resultados se halló que ninguna de las madres lograba obtener un nivel alto de conocimientos y sólo 3 madres obtuvieron un nivel medio, así que para hacer las comparaciones se tuvo que reestructurar arbitrariamente en tercios el puntaje con los siguientes puntos de corte: bajo de 0 a 6, medio de 7 a 13 y alto de 14 a 20.

La prueba estuvo dividida en 3 temas, a cada cual se le otorgó el puntaje máximo siguiente:

Tema	Puntaje Máximo
Alimentación complementaria	8
Alimentación pre escolar	7
Higiene alimentaria	5
Total	20

3.7.2 Fase cualitativa

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales fueron grabados y analizados según su contenido. Las transcripciones fueron agrupadas por temas, luego codificadas y se desarrollaron categorías principales por temas.

En las madres asistentes a las sesiones educativas se consideró las razones por las cuales no practicaban ciertos conocimientos sobre alimentación, nutrición e

higiene alimentaria y en las madres no asistentes las razones por las cuales realizaban prácticas adecuadas sobre alimentación, nutrición e higiene alimentaria.

3.8 Análisis de datos

3.8.1 Fase cuantitativa

Para presentar el resultado de las prácticas se aplicó porcentaje y número de casos, para presentar el puntaje de la prueba de conocimientos sobre alimentación, nutrición e higiene se utilizó el promedio y la desviación estándar.

Se hicieron pruebas de normalidad de las variables *conocimientos* y *prácticas* para elegir la prueba estadística a utilizar en la comparación entre grupos. En ninguno de los casos el coeficiente de asimetría fue mayor a 1 ni menor a -1, por lo que se asumió que los datos tenían una distribución normal. Por este motivo, se empleó la prueba t de student para la comparación entre grupos, Pearson para la correlación entre los conocimientos y las prácticas y chi cuadrado para la asociación entre grupos. Para todos los casos se utilizó un nivel de significancia de 0.05

3.8.2 Fase cualitativa

Para la entrevista en profundidad y el grupo focal se realizó el análisis con los siguientes pasos²⁹:

- ❑ Se transcribió la información grabada.
- ❑ Se leyó varias veces los datos
- ❑ Se codificó e interpretó los datos
- ❑ Se describió el contexto según se encontraba, estableciendo patrones entre las madres entrevistadas
- ❑ Se aseguró la confiabilidad de los resultados verificando que el instrumento utilizado responda a la pregunta de investigación; y la credibilidad se aseguró preguntando a las madres entrevistadas si es que el informe describe su realidad.
- ❑ Los resultados se presentaron con respuestas típicas, y en figuras que mostraban la razones de llevar o no a la práctica los conocimientos que tenían las madres participantes y no participantes.

3.9 Ética del Estudio

Antes de realizar el estudio se coordinó con los dirigentes comunales informándoles a detalle sobre el estudio a realizar, así también se conversó con las madres colaboradoras para integrar la muestra con el fin de obtener el consentimiento informado verbal para su participación. El protocolo de tesis fue aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

IV. RESULTADOS

4.1 Características de la muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 48 madres, de las cuales la mitad fueron participantes de sesiones educativas.

En la siguiente tabla, se presenta las características generales de las madres que colaboraron en el estudio.

Tabla 1. Características Generales de las Madres Participantes y No Participantes a Sesiones Educativas en Paucará, Huancavelica 2008

	Participantes (n=24)	No Participantes (n=24)	Total (n=48)
Edad (promedio en años)	27.8	27.8	27.8
Instrucción (%)			
Primaria Incompleta	88	92	90
Primaria Completa	4	4	4
Secundaria Incompleta	8	4	6
Estado civil (%)			
Casada	92	92	92
Conviviente	4	0	2
Soltera	4	8	6
Num. de hijos (promedio)	2.3	2.8	2.55
Edad niño(promedio en años)	3.1	3.6	3.35
Núm. de Niños < 1 año	2	0	2
Núm. de Niños de 1 a 5 años	25	27	52
Lengua más usada (%)			
Quechua	92	84	88
Castellano – Quechua	8	16	12

Una característica que se observó en las comunidades estudiadas fue la presencia de fitotoldos. Si bien no todas las madres del estudio contaban con uno, existía la posibilidad del trueque y la compra de los alimentos producidos en estos fitotoldos.

Resultados de la Fase Cuantitativa

4.2 Características de las sesiones educativas en alimentación y nutrición recibidas por las madres participantes de sesiones educativas

Las madres refirieron que recibieron las sesiones educativas principalmente en idioma quechua (58%), y el 62% (n=15) las recibió en forma de charlas (Figura 1).

El personal encargado de impartir estas sesiones eran generalmente enfermeras (58%). Figura 2.

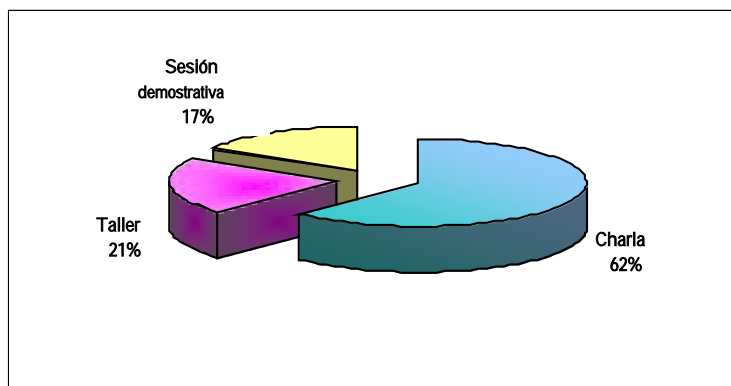


Figura 1. Tipo de sesiones educativas en alimentación y nutrición en las que participaron las madres. Paucará – Huancavelica 2008

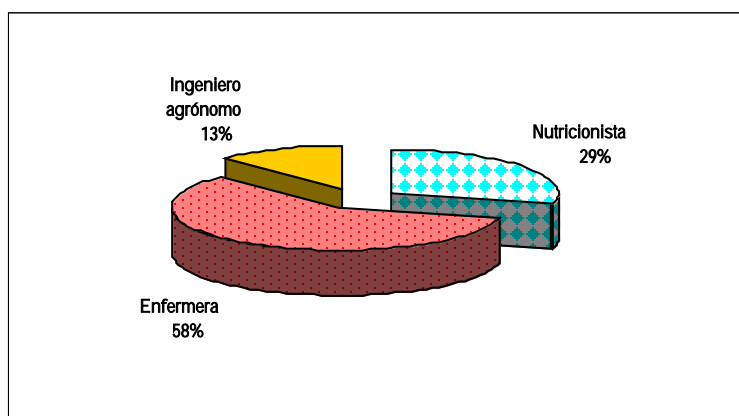


Figura 2. Profesional que brindó la sesión educativa en alimentación y nutrición. Paucará - Huancavelica 2008

4.3 Nivel de conocimientos

Las madres participantes de las sesiones educativas obtuvieron un promedio de 10.3 puntos, lo suficiente para ser diferente ($p < 0.5$) del promedio de 8.5 puntos de las madres no participantes (Tabla 2). También mostraron diferencia en los temas de Alimentación complementaria e Higiene alimentaria.

Tabla 2. Comparación del puntaje obtenido ($X \pm DE$) en la prueba de conocimientos por las madres participantes y no participantes según temas. Paucará 2008.

Tipo	Participantes	No Participantes	P	Sig
Alimentación Complementaria	4.0 \pm 0.8	3.3 \pm 1.1	0.019	*
Alimentación Pre escolar	3.0 \pm 0.9	2.6 \pm 0.7	0.100	
Higiene Alimentaria	3.4 \pm 0.8	2.6 \pm 0.8	0.002	*
Total	10.3 \pm 1.3	8.5 \pm 1.7	1 $\times 10^{-4}$	*

Conocimientos según temas

- Alimentación complementaria

La mayoría de madres participantes de sesiones educativas y en menor número las madres no participantes, mostraron tener más afianzado los conocimientos sobre: el no recomendado uso del biberón, la edad apropiada para el comienzo de la alimentación complementaria, la consistencia de las comidas y la compañía al niño durante su alimentación; y por otro lado, ambos grupos de madres prácticamente no conocían los tipos y grupos de alimentos y tampoco qué alimentos no debían ser consumidos por los niños durante su alimentación complementaria, tal como se observa en la Figura 5. También se aprecia que menos de la tercera parte de las madres no participantes y la mitad de las participantes conocían que las preparaciones de inicio eran las papillas.

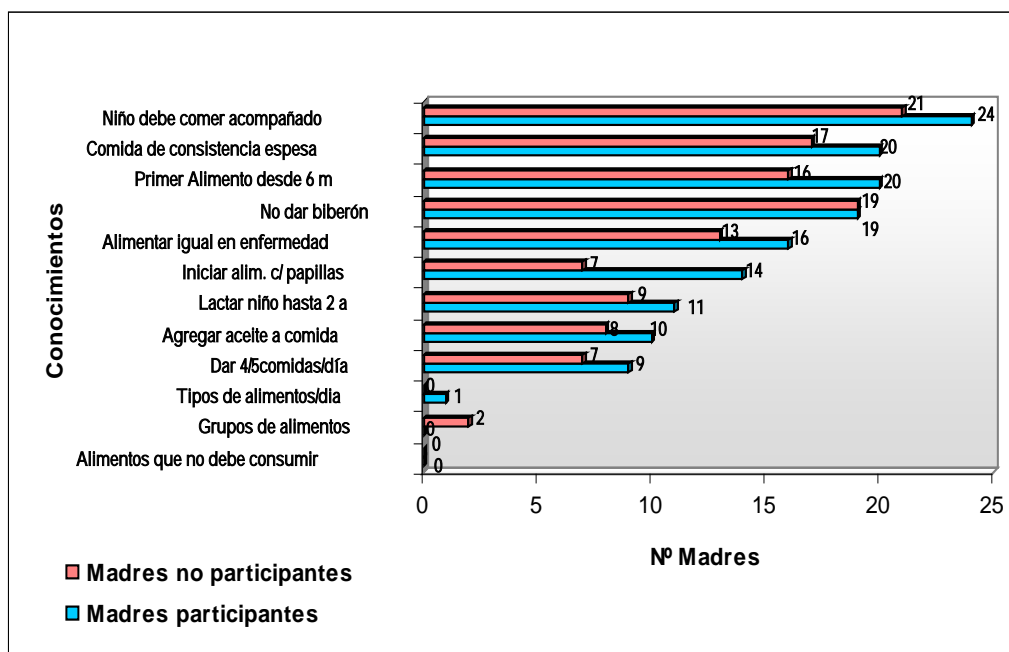


Figura 3. Número de madres participantes y no participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Alimentación complementaria. Paucará – Huancavelica 2008.

- Alimentación del pre escolar

Las madres participantes y no participantes reconocían principalmente la importancia de la presencia de la madre o alguna persona durante la alimentación del niño y el consumo de algún alimento de origen animal, mientras menos de la mitad de ambos grupos de madres conocían que el niño debe comer primero el segundo y

ninguna madre mencionó qué alimentos no deberían comer los niños. (Figura 4). Se observó que pocas madres no participantes conocían que el niño debe comer de la olla familiar a partir del año.

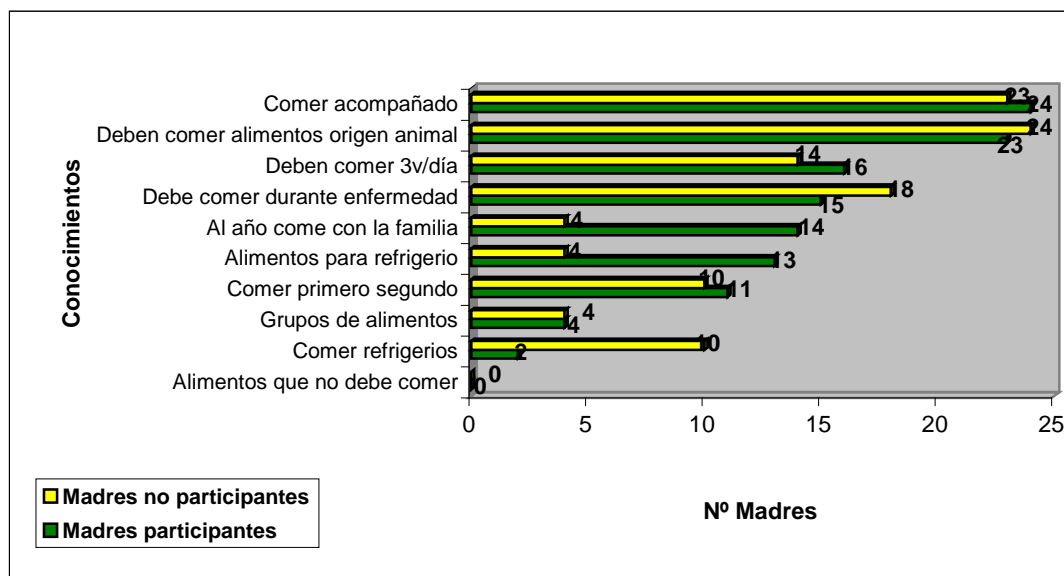


Figura 4. Número de madres participantes y no participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Alimentación del pre escolar. Paucará – Huancavelica 2008

- Higiene

En el caso de higiene, se observó que los conocimientos que menos afianzados tenían eran cuándo lavarse las manos y cómo lavarse (Figura 5).

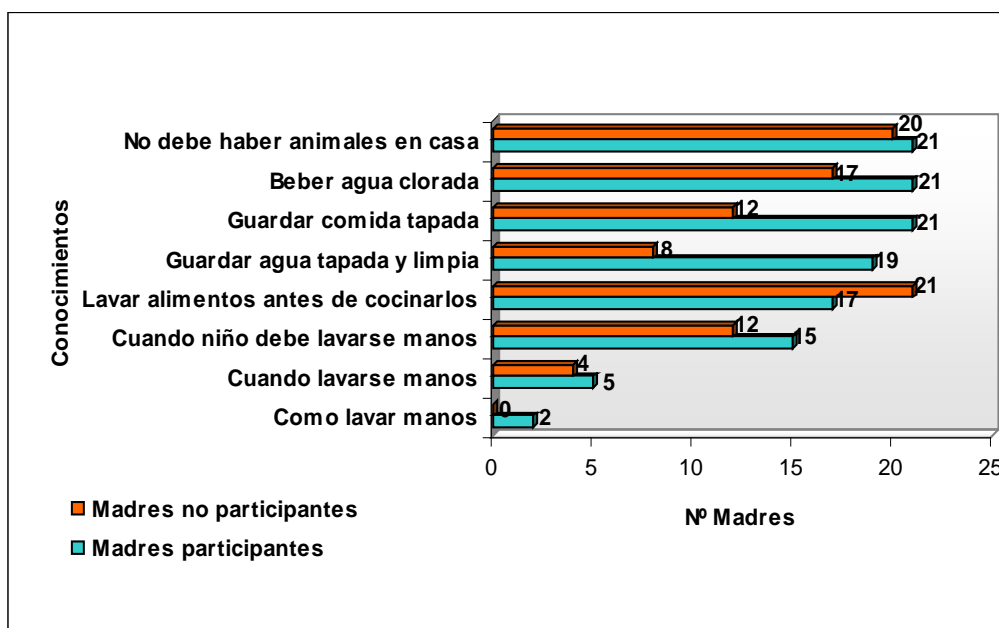


Figura 5. Número de madres participantes y no participantes de SE que respondieron adecuadamente las preguntas sobre Higiene. Paucará – Huancavelica 2008

Todas las madres participantes de sesiones educativas mostraron un nivel de conocimientos medio, mientras que la mayoría de las no asistentes mostraron un nivel de conocimientos bajo (Figura 6).

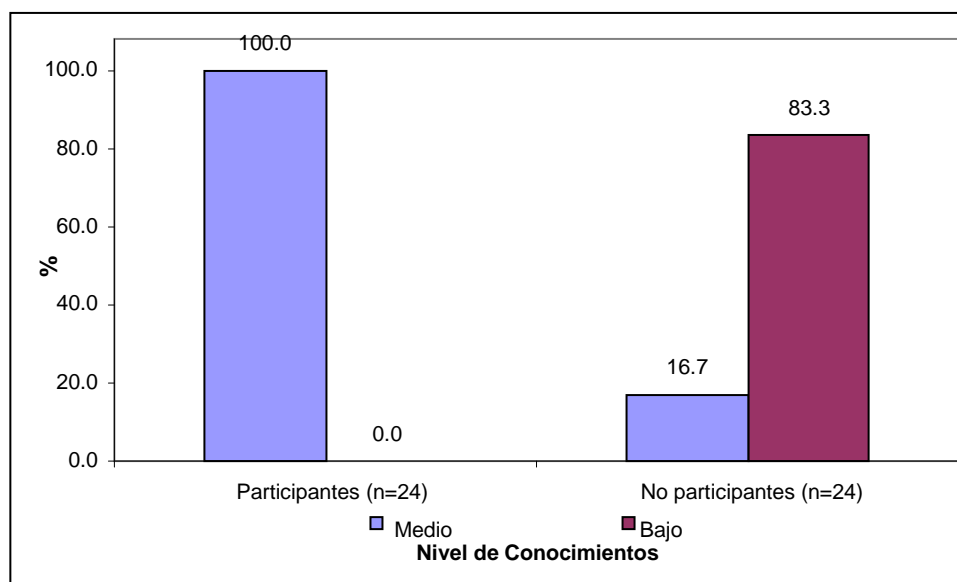


Figura 6. Comparación del nivel de conocimientos entre madres participantes y no participantes de sesiones educativas. Paucará 2008.

4.4 Prácticas Alimentarias

De las treinta prácticas divididas en 3 temas: alimentación complementaria, alimentación del pre escolar e higiene, se observaron las prácticas correspondientes a alimentación del pre escolar e higiene equivalentes a 18 prácticas, pues sólo se encontraron 2 niños cuyas edades estaban entre los 6 meses y 1 año.

Prácticas de Alimentación en el pre escolar

Las prácticas más realizadas por las madres participantes y no participantes de sesiones educativas fueron: dar alimento de la olla familiar al niño, acompañarlo durante su alimentación y no darle dulces, mientras que las prácticas menos observadas fueron: dar al niño las 3 comidas principales, dar los 3 grupos de alimentos, dar primero la preparación mas consistente, dar 2 refrigerios y dar alimentos de origen animal (Figura 7). Cabe resaltar que la práctica *alimenta al niño*

igual en enfermedad no se observó en todas las madres del estudio, pues sólo se encontraron enfermos 15 niños durante la visita.

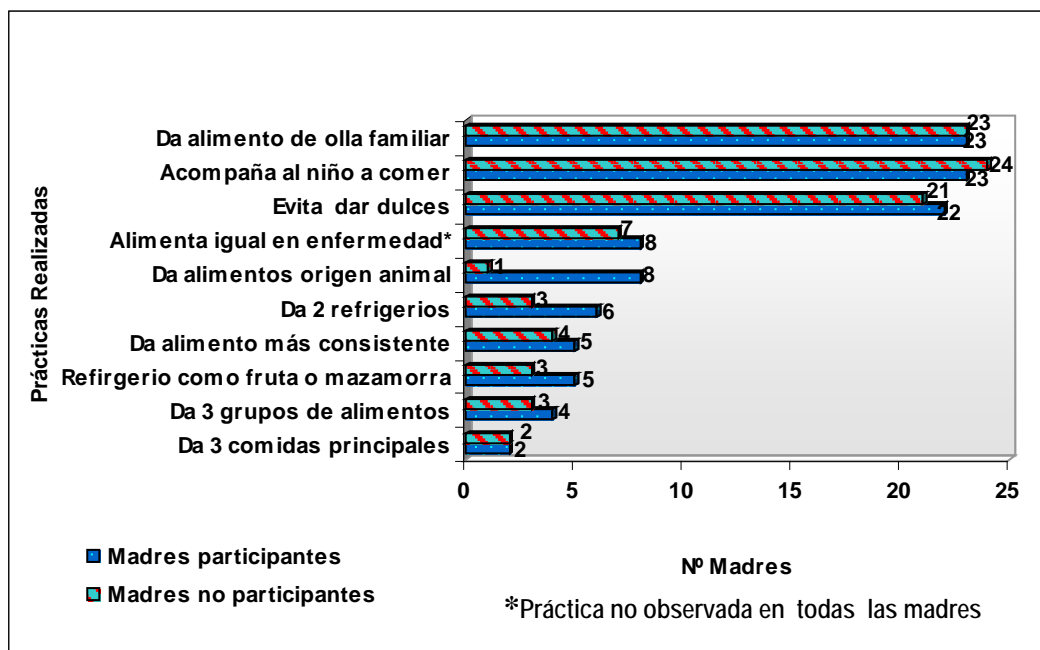


Figura 7: Prácticas realizadas sobre Alimentación del pre escolar en madres participantes y no participantes de SE. Paucará – Huancavelica 2008.

Prácticas de Higiene

Las prácticas más realizadas por las madres participantes y no participantes de sesiones educativas fueron: Lava los alimentos antes de cocinar, hierve o clora el agua para beber, mantiene los animales fuera de la cocina. Por otro lado, las prácticas menos realizadas fueron: Lavar al niño antes de que coma, lavarse las manos antes de cocinar y después de ir al baño. Es importante mencionar que *Guarda el agua tapada* ya no era una práctica comúnmente observable entre las madres, pues contaban con conexión intradomiciliar de agua al momento de la visita. (Figura 8).

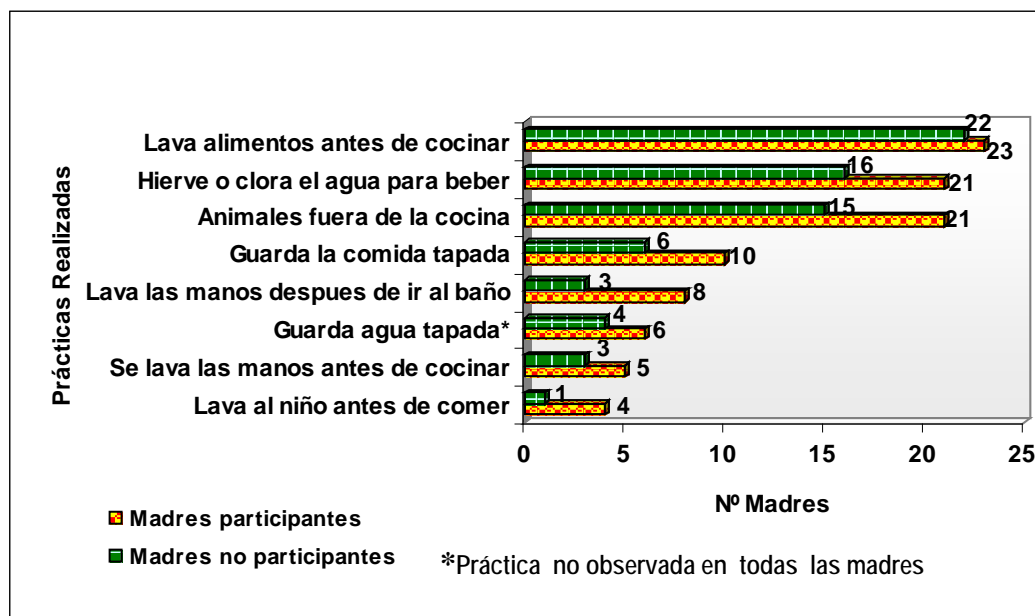


Figura 8: Prácticas de Higiene realizadas en madres participantes y no participantes de SE. Paucará – Huancavelica 2008.

Al realizar la comparación entre las madres, se observó que la mitad de las madres participantes de S.E. realizaron prácticas adecuadas, mientras que las madres no participantes tuvieron predominantemente prácticas inadecuadas (Figura 9).

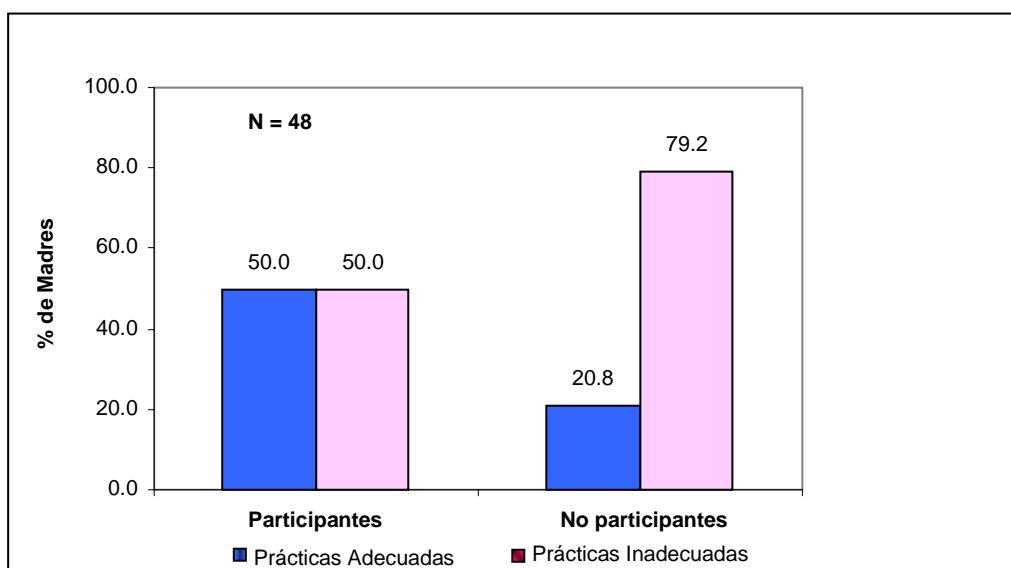


Figura 9. Comparación de las prácticas alimentarias y de higiene entre madres participantes y no participantes de sesiones educativas. Paucará 2008.

4.5 Relación entre los conocimientos y prácticas

Se encontró relación entre los conocimientos y las prácticas sobre alimentación y nutrición realizadas por las madres participantes de sesiones educativas ($r=0.7918$).
Figura 10.

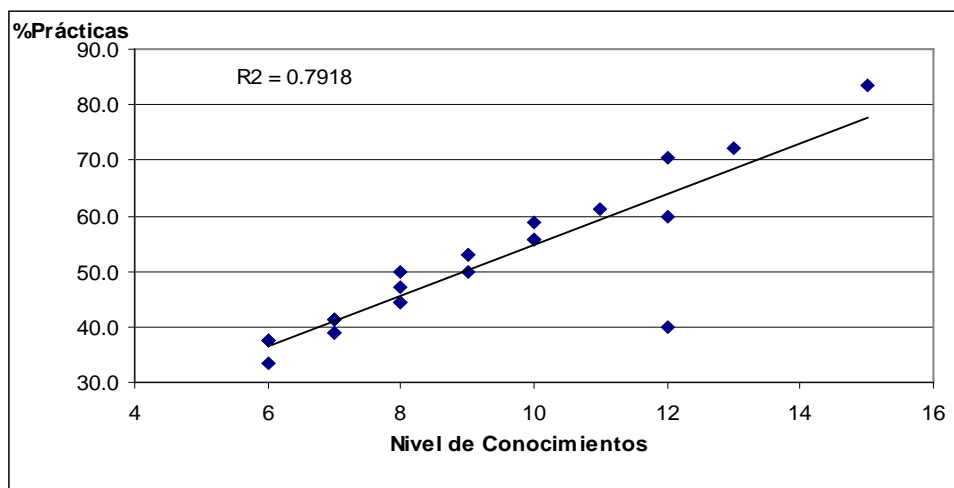


Figura 10. Correlación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación, nutrición e higiene en madres participantes de sesiones educativas Paucará 2008

En el caso de las madres no participantes, no se halló relación entre los conocimientos y las prácticas sobre alimentación y nutrición ($r=0,0171$).

Al comparar a todas las madres, aquellas cuyo conocimiento fue medio realizaron mayor número de prácticas adecuadas (Figura 11).

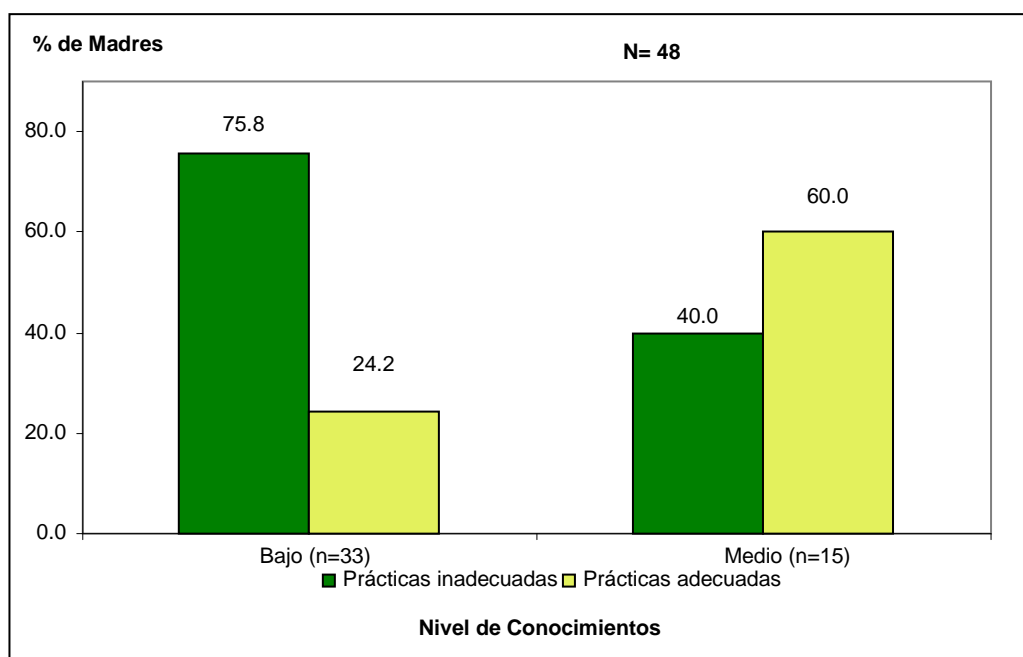


Figura 11. Comparación de prácticas alimentarias entre madres con nivel de conocimientos sobre alimentación medio y bajo. Paucará 2008.

4.6 Resultados de la Fase Cualitativa

4.6.1 Madres Participantes de Sesiones Educativas (SE)

Las madres participantes conocían que sus niños deben comer primero el segundo, que deben comer de los tres grupos de alimentos todos los días, que deben tener tres comidas principales y que deben comer igual en la enfermedad. Sin embargo, no llevaban a la práctica estos conocimientos. Las razones con que justificaban estas omisiones fueron preferencia del niño, orden cultural, disponibilidad, accesibilidad y actividades laborales como siembra y pastoreo, tal como se esquematiza en la figura 12.

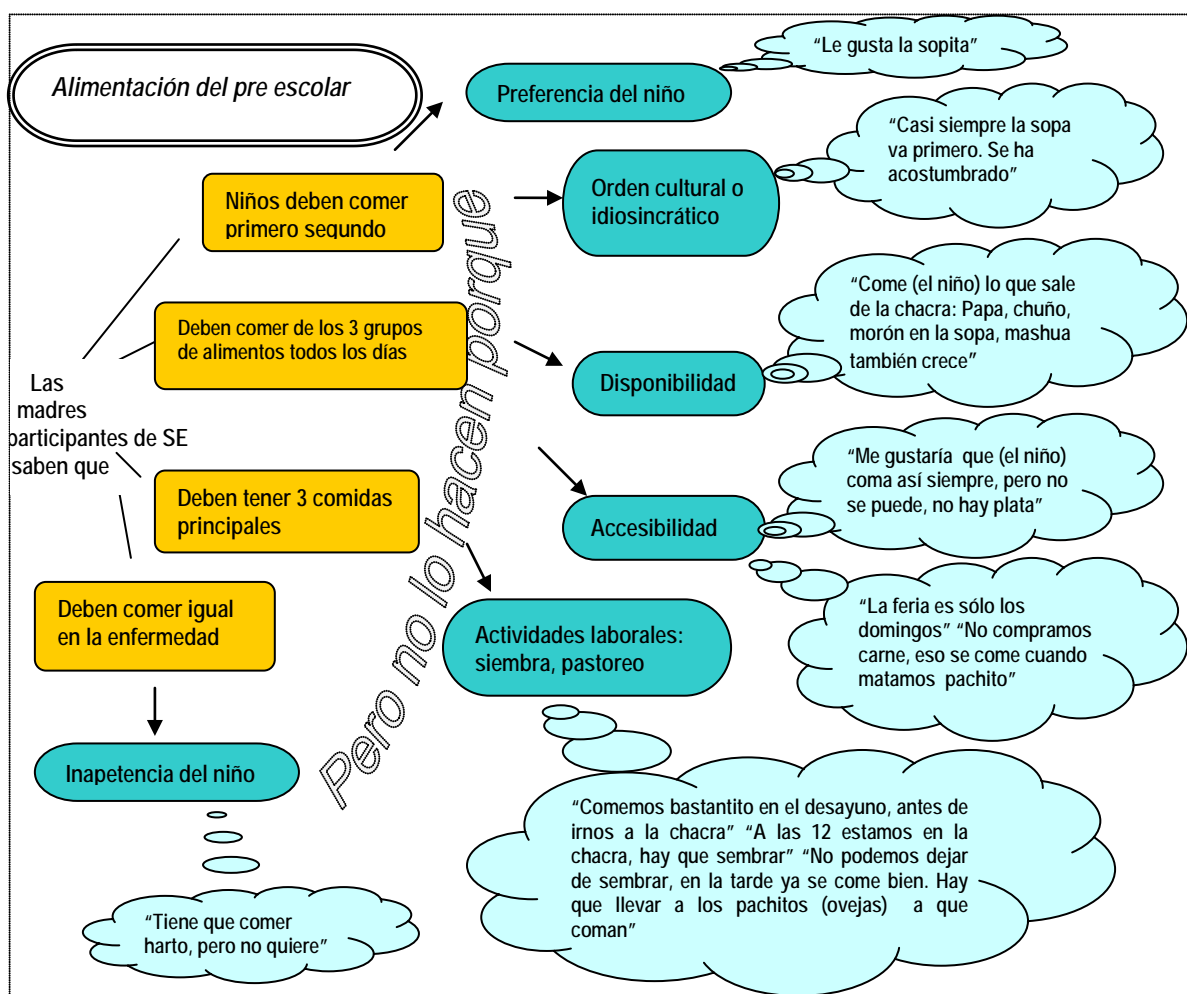


Figura 12. Madres participantes: Razones para no practicar conocimientos sobre alimentación y nutrición en el pre – escolar. Paucará 2008.

En cuanto a la higiene, las madres participantes conocían que ellas y sus niños debían lavarse las manos cada vez que se ensuciaban, después de ir al baño y que debían lavarse las manos con agua y jabón. No obstante, no lo llevaban a la práctica por diversos motivos, entre ellos el frío y sus diversas actividades. (Figura 13).

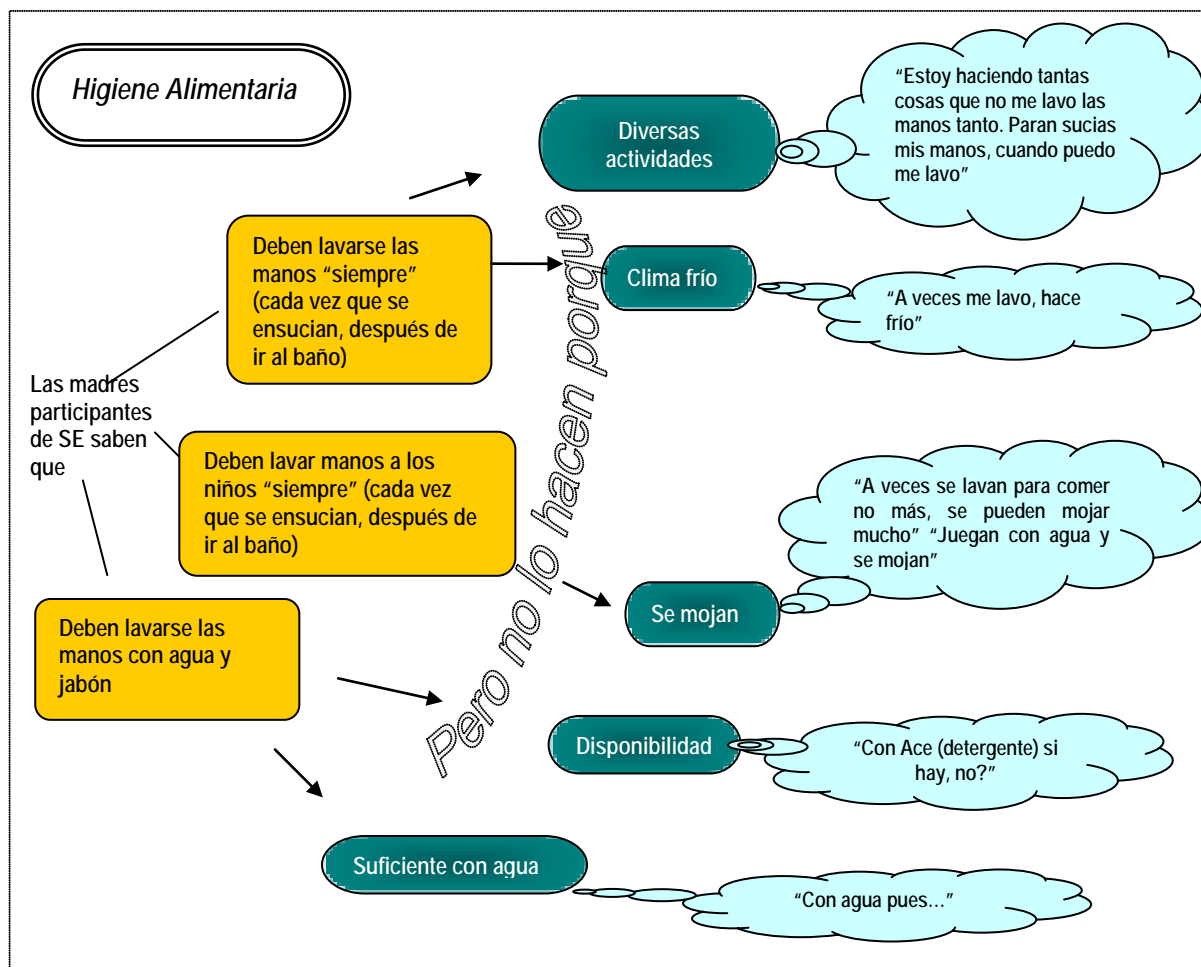


Figura 13. Madres participantes: Razones para no practicar conocimientos sobre Higiene alimentaria. Paucará 2008.

4.6.2 Madres no participantes

Las madres no participantes de sesiones educativas conocían en relación a la alimentación del pre escolar que debían alimentar a sus niños entre comidas, que debían acompañar al niño mientras come y que su alimentación durante la enfermedad debía ser igual o más frecuente que cuando no estaba enfermo. Entre las razones para llevar a la práctica estos conocimientos se encontraron demanda del niño, integración a la familia y otras que se esquematizan en la figura 14.

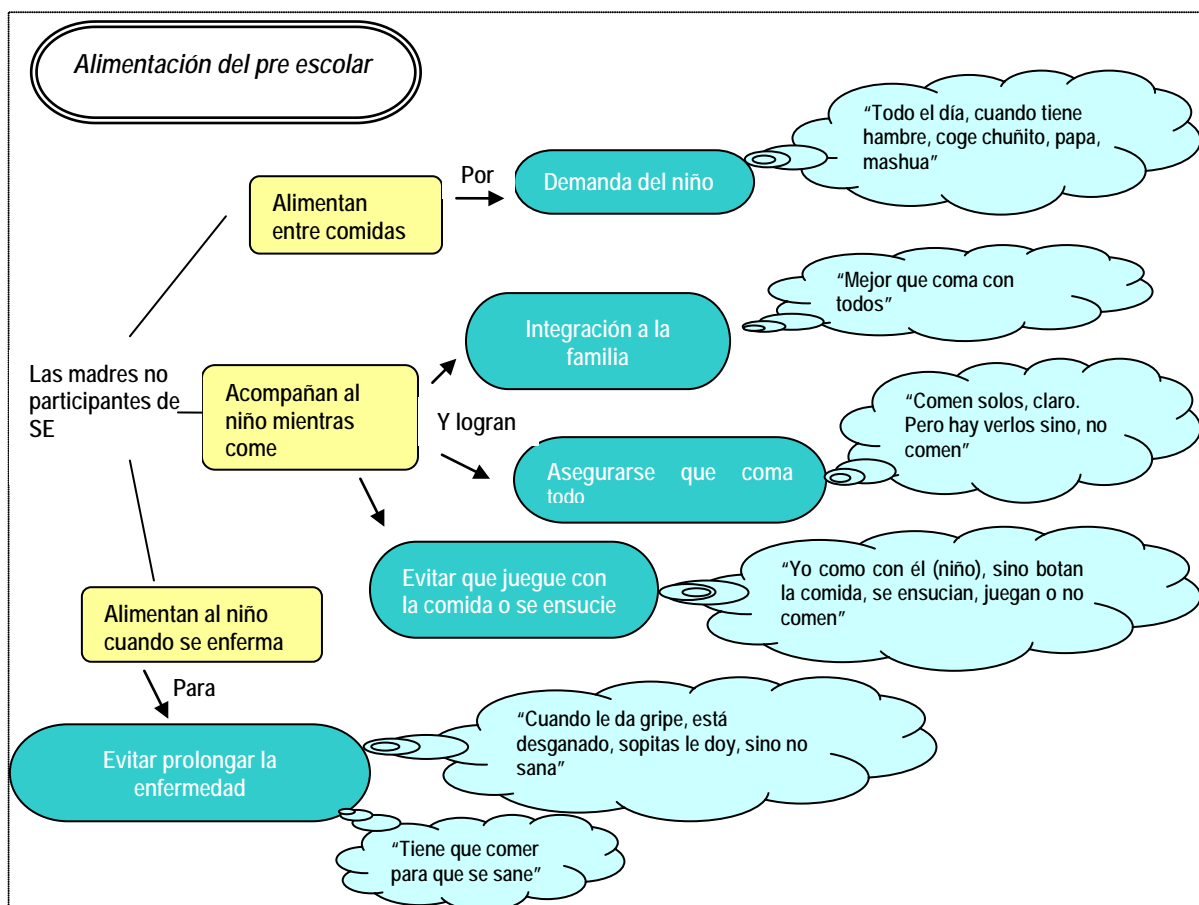


Figura 14. Madres no participantes. Razones para llevar a la práctica conocimientos sobre alimentación en el pre- escolar. Paucará 2008.

Las madres no participantes de sesiones educativas conocían y ponían en práctica: que debían lavarse las manos antes de preparar los alimentos, que debían lavar las manos de sus niños antes de comer y que debían tener a sus animales fuera de la cocina, todo esto para evitar enfermedades tanto en ellas como en sus niños (Figura 15).

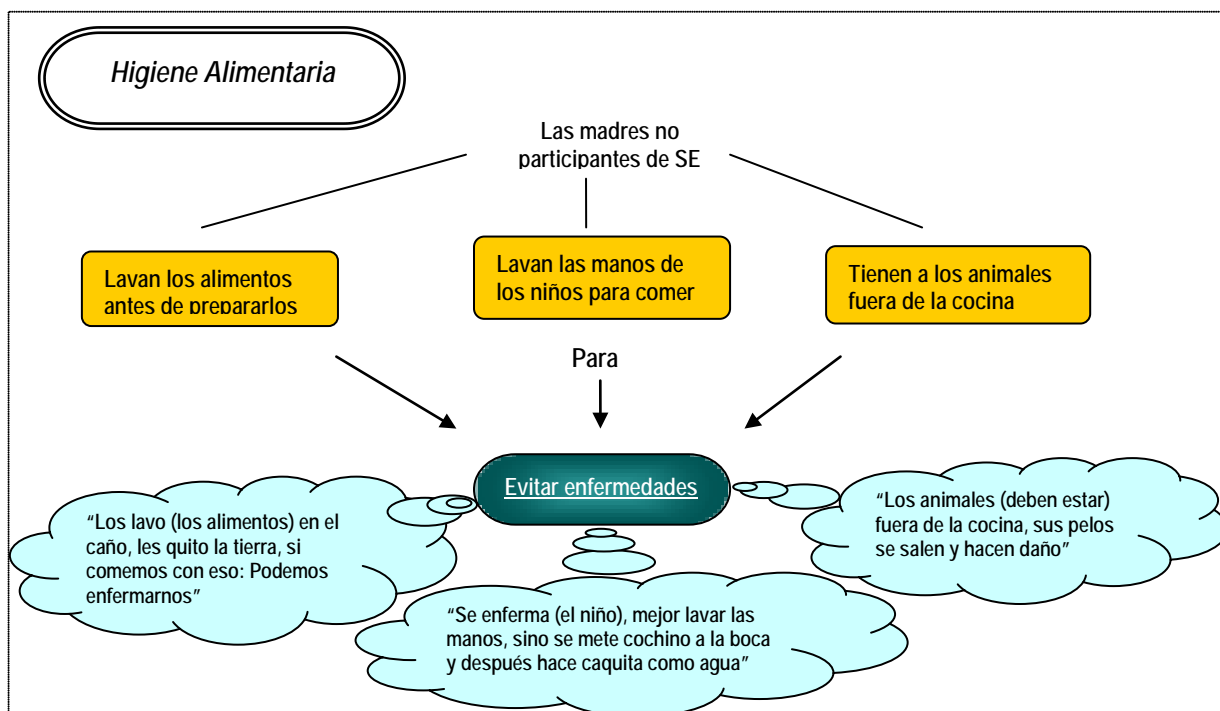


Figura 15. Madres no participantes. Razones para llevar a la práctica conocimientos sobre Higiene alimentaria. Paucará 2008.

V. DISCUSIÓN

Si bien el tamaño de muestra recolectada para la fase cuantitativa fue suficiente, tuvo la limitación de no haber sido recogida de manera aleatoria, aunque cabe resaltar que en la comunidad de Paccho Molinos la muestra estuvo constituida por prácticamente el total de madres que cumplían con las características para participar en el estudio.

Sólo se tuvo la oportunidad de observar las prácticas en alimentación complementaria de 2 niños, por lo que no se consideró ese tema en las entrevistas en profundidad ni en los grupos focales, pero sí se le consideró en el puntaje de la prueba de conocimientos. El hecho de haber hallado sólo dos niños menores de 2 años en los hogares de 48 madres visitados, mostraría una tendencia a la disminución de la población de menor edad, lo que significaría que, al menos en ambas comunidades rurales la pirámide poblacional se haría más angosta en su base, y que los cuidados en prevención y promoción de la salud estaría dirigida a actividades para mejorar los estilos de vida para una población tendiente a incrementar su número de adultos.

Hubo diferencia significativa entre el nivel de conocimientos de las madres participantes de SE con las no participantes, esto indicaría que las sesiones educativas contribuyeron con la adquisición de información en alimentación y nutrición de las madres. Aunque no lo suficiente como para que sean llevados a la práctica, por ello la importancia de éste estudio, que muestra los aspectos subjetivos del porqué no llevar a la práctica lo que se conoce.

A diferencia de los temas de alimentación complementaria y de higiene, no se halló diferencias acerca del nivel de conocimientos en el tema de Alimentación del pre escolar, tal vez porque no se le trata claramente durante las SE o porque la mamá tiene mayor interés en los cuidados del niño cuando es más pequeño o porque la política está dirigida a realizar acciones en los grupos considerados vulnerables: niño menor de 2 años. Se estaría descuidando la atención del pre-escolar, que es cuando el niño sigue creciendo y desarrollándose.

Un factor que podría estar influyendo en el aprendizaje de las madres, podría ser predominio de sesiones tipo charlas (62%) y no tipo taller (21%) o sesiones demostrativas (17%), que serían idóneos para reforzar los conocimientos en este tema, porque ofrecen la oportunidad de ver, hacer e incluso degustar aquello que se escucha. Actualmente, el MINSA cuenta con una guía de sesión demostrativa³⁰, cuyo

efecto habría que evaluarse después de un tiempo prudente de aplicada. Además, las sesiones educativas fueron impartidas en su mayoría por personal no nutricionista, probablemente no lo suficientemente capacitado.

Existen estudios donde se demuestra fehacientemente la relación entre el nivel educativo de la madre y el estado nutricional del niño. En la ENDES 2005³¹ se observa que los hijos de las madres sin educación presentan las mayores proporciones de desnutrición crónica (50%), en segundo lugar se encuentran los hijos de madres con algún grado de primaria (36%), con secundaria (16%) y por último los hijos de madres con educación superior (5.3%). Las madres del presente estudio tuvieron un nivel educativo de primaria incompleta. Muchas de ellas sólo cursaron el primer grado por lo que se les considera analfabetas funcionales. En su mayoría fueron quechua hablantes, cuya ocupación fue principalmente agrícola y a pesar de ser madres jóvenes (27.8 años en promedio) no se encontraban adaptadas al cambio debido a sus creencias y costumbres muy arraigadas, registradas también por Uribe y Alcaraz.³²

Un ejemplo notorio y sumamente preocupante de lo anteriormente mencionado, es el mantener la sopa como primer o muchas veces único plato, a pesar de saber que la preparación más consistente, el segundo, debía ser consumido primero; eso significa que no se ha logrado que las madres internalicen la importancia de que sus niños consuman preparaciones espesas y segundos en lugar de sopas. Se requeriría una intervención especialmente dirigida a abordar este tema, pues de lo contrario las preparaciones que consumen los niños de éstos lugares seguirá con baja densidad energética, contribuyendo así a la desnutrición.

A lo anterior se sumaría el hecho de que, por lo usual, alimentaban a los niños sólo con dos comidas principales, cuando lo que se recomienda es tres veces. Es decir, se halló que las comidas de los niños eran de baja densidad energética, insuficiente en cantidad, y además, probablemente pobres en micronutrientes, desde que no había un consumo frecuente de alimentos de origen animal, porque manifiestan *“No compramos carne, eso se come cuando matamos pachito (oveja)”*

El trabajo arduo que tiene toda la familia fuera del hogar, sería el motivo por el que las comidas principales solían ser dos: temprano por la mañana (5:30 a.m.) y por la tarde (5:00 p.m.). Así también la encuesta aplicada en la línea de base del proyecto Piloto Integral Educativo Nutricional desarrollado en Huancavelica, halla que el consumo de alimentos en las zonas de intervención es principalmente durante el desayuno y la cena³³.

Este estudio demuestra una vez más que las prácticas están condicionadas por diversos factores, como los culturales y especialmente aspectos de disponibilidad y accesibilidad de alimentos, porque sólo podían acceder a alimentos diferentes a los que producían, los días de feria, que son los domingos y en lugares que incluso quedan a una hora a pie de ambas comunidades estudiadas.

Una observación importante de señalar es que a pesar de contar con animales menores, la mayoría de las madres participantes y no participantes no los consideraban como fuente de alimentación para sus hijos sino como fuente de ingresos económicos, continuaban manifestando la falta de dinero como razón al poco consumo de estos alimentos. Este hecho podría explicar en parte, porqué Huancavelica presenta el más alto porcentaje de niños con anemia.

Para mejorar los aspectos de disponibilidad y accesibilidad de alimentos es necesario que las intervenciones no deberían conformarse con brindar SE, sino en incluir actividades productivas (por ejemplo, fitotoldos) con un monitoreo adecuado de mayor envergadura, que asegure una disponibilidad constante de alimentos y la sostenibilidad de las actividades además de capacitaciones en crianza de animales menores y el uso de los mismos para consumo familiar.

Aunque algunos proyectos consideran estas actividades productivas en su diseño y lo ejecutan, pareciera que falta profundizar en el monitoreo y sobre todo sostenibilidad de dichas actividades, como en potenciar lo que ofrece la naturaleza. Por ejemplo, en los fitotoldos contruidos por diferentes proyectos de varias instituciones (**desco**, Cáritas, San Javier) además de las hortalizas, se observó el crecimiento de aguaymanto y de fresas a pesar de no haber sido sembradas, cuya producción podría mejorar si es que hubiera un trabajo más activo de los profesionales agrónomos, para conseguir una producción más variada de alimentos frescos.

Las intervenciones educativas, muchas veces se realizan desconociendo los aspectos subjetivos de la población objetivo y por eso, en gran medida fracasan. Por ello, identificar las razones para realizar determinadas prácticas es importante para que en el diseño de las intervenciones educativas se las aborde y con ello incrementar las posibilidades de éxito. La necesidad de implementar una metodología educativa diferente, más acorde con las reales necesidades de la población adulta, donde se valore y rescate sus vivencias, experiencias y costumbres, se fortalezcan sus conocimientos, habilidades y destrezas para lograr cambios de actitudes y conductas³⁴, permitiría que los participantes aprendan mejor y practiquen lo aprendido.

Así, se ha visto que en el grupo de madres participantes de SE, sólo la mitad realizaba prácticas adecuadas. Mientras tanto, la otra mitad de madres participantes no las realizaba, desatendiendo así las recomendaciones nacionales e internacionales sobre alimentación y nutrición del niño^{35,36}. Estas madres participantes manifestaban diferentes razones, entre ellas algunas lógicas para no realizar esas prácticas, como el frío del agua para no lavarse las manos.

El agua suele estar a una temperatura promedio de 8 °C. Ante ello, en diferentes zonas de Huancavelica, algunas organizaciones no gubernamentales han hallado la forma de calentarla mediante la implementación de duchas solares, como es el caso de **desco** y Cáritas que aprovechan la energía solar. Sin embargo, por información verbal se sabe que el agua caliente de las duchas solares no sólo es usada para los fines de aseo sino principalmente para otros usos (pelado de animales menores). En estos casos se confirma la importancia de la capacitación y del acompañamiento constante a la población para el adecuado uso de las tecnologías introducidas a su estilo de vida.

Hubo mayor diferencia en el nivel de conocimientos del tema de higiene entre las madres participantes de Sesiones Educativas y las no participantes. Quizá esto se debió a que el tema era abordado varios años atrás en estas comunidades por instituciones como CARE² que difundían cuatro momentos críticos para el lavado de manos (después de ir al baño o letrina, antes de preparar los alimentos, antes de dar de comer a los niños y después de cambiar los pañales y limpiar al niño). Como afirma esta institución, lograr un cambio en las prácticas referidas a la higiene, en este caso, al lavado de manos, es difícil, inclusive para intervenciones cuyo objetivo principal es incrementar la prevalencia de dicha conducta³⁷. La experiencia de CARE en Ancash³⁸ mostró la importancia del compromiso y el trabajo en conjunto de los actores sociales tanto del sector público como privado.

Es importante mencionar que las madres conocían que el agua debía guardarse en envases cerrados, pero no se observó que lo llevaran a la práctica porque al momento de la observación, ya contaban con conexión intradomiciliaria de agua en funcionamiento. Esto mostró que la accesibilidad a servicios básicos está mejorando en éstas comunidades rurales, lo que beneficia a la población huancavelicana, una de las más afectadas por la carencia de éste servicio como lo indica la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (SUNASS)³⁹. Es de esperar que en los próximos informes nacionales se muestre una mejoría al respecto. Lo que quedaría por trabajar es motivar el uso más frecuente de éste servicio en el

aseo personal, específicamente en el lavado de manos y el uso de jabón para ello, pues en el estudio se confirmó que su uso depende de su disponibilidad. Se requiere entonces de estrategias para que la población cuente con este producto de forma más constante.

Es importante señalar que en algunas madres no participantes de Sesiones Educativas se observaron prácticas y conocimientos adecuados. Estas prácticas y conocimientos podrían deberse a la aplicación de la lógica: alimentar al niño cada vez que lo demanda, acompañar al niño mientras come para asegurarse que coma todo, como también a que las madres de estas comunidades tienen la costumbre de reunirse para sus labores domésticas (tejido, bordado, pelado de habas) y agrícolas (cosecha y/o siembra), donde comparten además de tiempo, sus experiencias y hechos ocurridos durante el día, entre ellos probablemente lo aprendido en las SE.

El combinar la investigación cuantitativa con la cualitativa resultó útil para abordar el tema de una manera más amplia. Mientras una ofreció datos numéricos de lo que las madres conocen y practican, la otra ofreció la oportunidad de conocer los aspectos subjetivos que ellas tenían para no realizar lo que sabían. Los resultados obtenidos indican que es indispensable que el estado y el sector privado, realicen diferentes estrategias dirigidas a mejorar el servicio de educación en salud a sus beneficiarios aplicando técnicas más interactivas y, principalmente mejorar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de educación con enfoque de género y de salud en pos de mejorar la efectividad de las políticas de salud del país.

VI CONCLUSIONES

- Las madres participantes de sesiones educativas residentes en Paucará, Huancavelica, mostraron un nivel de conocimientos medio en temas de alimentación y nutrición; mientras que la mayoría de madres no participantes, mostraron un nivel de conocimientos bajo.
- En el tema de alimentación complementaria, ambos grupos de madres participantes y no participantes de sesiones educativas, mostraron un mayor nivel de conocimientos que en los temas de alimentación del pre escolar e higiene.
- Un mayor porcentaje de las madres participantes de sesiones educativas mostraron prácticas alimentarias adecuadas en relación a las no participantes.
- Se halló relación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años en madres asistentes a sesiones educativas.
- Las razones manifestadas por las madres participantes de sesiones educativas para no poner en práctica los conocimientos que tenían sobre la alimentación y nutrición del niño menor de cinco años fueron: Preferencia del niño, costumbre familiar, acceso y disponibilidad de los alimentos.
- Las razones manifestadas por las madres no participantes de sesiones educativas para realizar prácticas adecuadas en alimentación y nutrición del niño menor de cinco años como: Acompañamiento al niño mientras come y alimentación durante la enfermedad fueron la integración del niño a la familia y asegurarse que el niño coma todo y, evitar prolongar la enfermedad, respectivamente.
- La razón manifestada por las madres no participantes de sesiones educativas para realizar prácticas adecuadas en higiene fue evitar las enfermedades en sus niños.
- Los resultados obtenidos mostraron que las intervenciones educativas sí eran importantes para el cambio de las prácticas alimentario- nutricionales de madres de niños menores de cinco años.

VII. RECOMENDACIONES

- Reestructurar intervenciones educativas con duración de mediano y largo plazo para que se logre un empoderamiento de la población beneficiaria respecto a su auto cuidado que les conducirá a una mejor calidad de vida.
- Diseñar proyectos de componente nutricional con estudio cualitativo durante su línea de base, para conocer mejor las características de las comunidades beneficiarias de la intervención.
- Diseñar estrategias educativas dirigidas a madres con características: Quechua hablantes, con primaria incompleta o analfabetas, con actividad predominantemente agrícola y con creencias arraigadas.
- Reforzar la capacitación en las madres sobre los temas de grupos de alimentos, importancia de los alimentos de origen animal, importancia de las tres comidas principales y la importancia de alimentar al niño primero con los alimentos más consistentes.
- El facilitador debe conocer las características de la población, para así poder sensibilizar a los participantes e integrarlos a la dinámica de la capacitación y de esta manera lograr involucrar a su público en la adopción de lo enseñado.
- El estado debe jugar una presencia más activa en estas zonas con promoción de la salud. Es indispensable que las intervenciones estatales y privadas tengan enfoque de género, sean multidisciplinarias, de carácter holístico y fortalezcan las capacidades de todos los actores sociales.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES IV). Lima. 2000
2. López N, Valerio A, Rojas C. Acciones para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003 – 2004. CARE Perú. 2005
3. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Informe de los resultados de la investigación en grupos focales para conocer los hábitos alimentarios de la población beneficiaria del programa de apoyo alimentario. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación México 2006 Marzo. Proyecto TCP/MEX/3002
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004 - 2006). Informe Principal. Lima. Agosto 2007.
5. Ministerio de Agricultura. Informe Nacional sobre la Seguridad Alimentaria en el Perú. Octubre 2002
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Proandes, CEPREN. Iniciativa de Nutrición y Alimentación Infantil. Oportunidades para el cambio en zonas rurales. Lima - Perú. Octubre 1998
7. Creed-Kanashiro H. Uribe T. Bartolini R., Fukumoto M. y Bentley M. Intervención educativa para mejorar el consumo de alimentos ricos en hierro y prevenir la anemia en mujeres y niñas adolescentes a través de comedores populares. Instituto de Investigación Nutricional. Lima 1998.
8. Sánchez-Griñan M I. Hacia una política nutricional en el Perú: estrategias alimentarias y no alimentarias en La Salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima - Perú 2002. p. 355 – 412
9. Arenas-Monreal L, Paulo-Maya A, López-González H. Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México- Revista de Saude Publica de Sao Paulo 1999; 33(2): 113-21
10. MINSA-OPS-OMS-OE. Situación de la Salud en el Perú en pag81 Lima 2002. en Irigoyen M, Lauro A M. Sociedad Civil y Participación en Políticas Públicas: El caso de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria. Care Perú – Huancavelica 2006
11. Valadez I, Villaseñor M y Alfaro N. “Educación para la salud, la importancia del concepto”. *Revista de Educación y Desarrollo* 1, México, enero-marzo 2004, pp. 43-48.

12. Serra L. Et al. Nutrición y Salud pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones. España: Masson S.A; 1995. 401pp citado por Monterroso L M. Guía didáctica de Educación Alimentaria nutricional para la enseñanza de primero básico en Guatemala. Universidad del Valle de Guatemala 2005.
13. INCAP. Guías para la educación Alimentaria Nutricional. Clapp & Mayne, Inc. Guatemala 1997. 169pgs. Citado por Monterroso L M. Guía didáctica de Alimentaria nutricional para la enseñanza de primero básico en Guatemala. Universidad del Valle de Guatemala 2005.
14. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO. Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición. 1996
15. Holmes A C. Medios visuales auxiliares de la Educación en Nutrición. Roma 1968
16. Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG. Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6–12 months of age in developing countries: impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to survival. *Food Nutr Bull* 1999; 20: 183–200.citado por Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro R, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 1863–72
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Guía Estadística 2000: Conociendo Huancavelica. Abril 2000.
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Huancavelica. Lima: INEI; 2000.
19. Mapa de Huancavelica disponible en www.participaperu.org.pe/.../huancavelica.shtml
20. Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social- FONCODES. Nuevo mapa de pobreza de Perú. Lima. Julio 2006.
21. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004 (MONIN) citado en Ministerio de Agricultura. Seguimiento de la Aplicación del plan de acción de la cumbre mundial sobre la alimentación. Perú – Informe Nacional. Marzo 2006.
22. Alcazar L. ¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma. GRADE. Disponible en: <http://www.grade.org.pe/download/pubs/InvPolitDesarr-6.pdf>
23. Altobelli, L; Gómez, M. Evaluación de impacto 1997 – 1999 del Programa Nutrición Infantil de ADRA Perú: Informe Final de Diez Departamentos. Lima-Perú: ADRA Perú y DS Consult. 2000.

24. Ministerio de Salud. Evaluación de Impacto del Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo. Informe final Agosto 2003
25. Irigoyen M. CARE Perú. El caso de la estrategia nacional de Seguridad Alimentaria Huancavelica. SINCO Editores. Julio 2006 180 pp.
26. Favin M, Naimoli G. Hacia el mejoramiento de la salud a través de cambios de comportamiento. Una guía práctica para la promoción de la higiene de los alimentos. Enviromental Health Project. Serie OPS/FCH/CA/05.03.E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington,DC. USA, marzo 2005.
27. Contento I, Balch GI, Bronner YL, Lytle LA, Maloney SK. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition policy, programs, and research: a review of research. J Nutr Educ 1995;27(6):277-422 citado en Shafer L, Gillespie A, Wilkins JL, Borra ST. Position of The American Dietetic Association: Nutrition education for the public. J Amer Diet Assoc 1996; 11:1183-87.
28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Mc Graw Hill Editores. México 2003
29. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Mc Graw Hill Editores. México 2005
30. Ministerio de Salud. CARE. Sesión demostrativa para hacer preparaciones nutritivas. Guía para agentes comunitarios de Salud. Lima – Perú. Agosto 2006.
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2005 citado en World Food Programme. Proyecto Piloto Integral Educativo nutricional en Huancavelica. Construyendo participativamente un modelo educativo nutricional. 2005-2006. Huancavelica. Setiembre 2007.
32. Uribe Gil G, Alcaraz López G. El mal de ojo y su relación con el marasmo y kwashiorkor: El caso de las madres de Turbo, Antioquia, Colombia. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2): 72-82
33. World Food Programme. Proyecto Piloto Integral Educativo nutricional en Huancavelica. Construyendo participativamente un modelo educativo nutricional. 2005-2006. Huancavelica. Setiembre 2007.
34. Aprisabac. Metodología de Educación de Adultos en Saneamiento. 1997. citado en World Food Programme. Proyecto Piloto Integral Educativo nutricional en Huancavelica. Construyendo participativamente un modelo educativo nutricional. 2005-2006. Huancavelica. Setiembre 2007.
35. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Perú. 2004.

36. Pan American Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington DC 2003.
37. Curtis V, Craincross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community. A systematic review The lancet. Infectious diseases Vol 3. May 2003 3: 275-81.
38. Zarzosa N. Buenas prácticas de lavado de manos. En el callejón de Huaylas y Conchucos 2003 – 2004. Ancash. CARE Perú 2006.
39. Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento. Informe 2002-2003 elaborado por la Gerencia de Supervisión y Fiscalización de SUNASS disponible en http://www.consortio.org/observatorio/bol_obs/OBS1/docs/obs1/ultimo_minuto/Extracto_Pages_from_impacto_macro_niveles_vida.pdf

ANEXO Nº 1

MAPA HUANCAMELICA – PAUCARÁ



Localización de Huancavelica en el Perú

Fuente: www.participaperu.org.pe/.../huancavelica.shtml



Localización de Paucará en Huancavelica

Fuente: www.digesa.minsa.gob.pe/pw_sig/vigilancia_calidad_aguas

ANEXO Nº. 2

DATOS GENERALES

1. Nombre de la madre: _____
2. Grado de instrucción: _____ 3. Estado Civil: _____
4. Edad: _____ 5. Habla: Sólo quechua ___ Español ___ Ambos ___
6. Número de hijos: _____
7. Fecha de Nac. de los menores: _____
8. ¿Ha vivido fuera de la comunidad? SI ___ NO___
- 8^a De ser afirmativa su respuesta, diga dónde? _____
- 8^b ¿Por cuánto tiempo? _____
9. ¿Ha asistido a sesiones educativas (SE) sobre alimentación y nutrición? SI ___NO___
- 9^a ¿Dónde? _____ 9^b ¿A cuántas sesiones por mes? _____
- 9^c ¿Hace cuánto? _____ 9^d Duración promedio de las sesiones: _____
- 9^e Tipo de sesión: Exposición(charla)___ Taller ___ Consejería nutricional _____
10. Los Ponentes o consejeros fueron: Enfermer@_____ Nutricionista _____
Promotor de la comunidad _____ Otro _____ (especificar)
- 10^a Idioma usado en la SE.: _____
11. ¿Tiene animales como gallinas o cuyes? SI ___ NO___ 11^a ¿Cuántos? _____

ANEXO N° 3

FICHA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Nombre de la Madre:

Comunidad:

Nombre del Niño:

Fecha:

Edad del niño:

Código:

A. Alimentación complementaria**R = Realiza NR = No realiza**

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. Continúa amamantando al niño mayor de 6 meses de edad			
2. El niño consume alimentos según su edad (volumen)*			
3. Si el niño(a) está empezando a comer, lo hace entonces con alimentos tipo purés o mazamoras. *			
4. El niño usa biberón			
5. La consistencia de las preparaciones es espesa*			
6. Da comida 5 veces al día al niño*			
7. Agrega 1 cda de aceite/margarina a una comida principal			
8. Da al niño alimentos de origen animal como: Carne, hígado, sangrecita, huevo			
Leche (no materna) o queso al menos 1 vez al día			
9. Da alimentos que aún no debe comer el niño (gaseosas, con aditivos artificiales, etc)			
10. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo (energético, constructor, regulador)			
11. La madre o cuidadora acompaña al niño durante su alimentación			
12. Alimenta al niño enfermo igual o con mayor frecuencia	IRA		
Cantidad	EDA		

B. Alimentación del pre escolar

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. A partir del 1 año la comida del niño es de la olla familiar			
2. Le brinda primero la preparación mas espesa (el segundo)*			
3. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo (energético, constructor, regulador)			
4. Da 3 comidas principales al niño(a) *			
5. Da 2 refrigerios(colaciones) al niño(a)*			
6. Los refrigerios(colaciones) son frutas y/ o mazamoras			
7. Da al niño alimentos de origen animal como: Carne, hígado, sangrecita, huevo			
Leche (no materna) o queso al menos 1 vez al día			
8. La madre o cuidadora acompaña al niño durante su alimentación			
9. Da al niño dulces, gaseosas, comida chatarra			
10. Alimenta al niño enfermo igual o con mayor frecuencia	IRA		
Cantidad	EDA		

C. Higiene

Práctica (Verificable)	R	NR	Observaciones
1. No hay animales en la cocina			
2. La comida está en lugares limpios y cubiertos(tapada)			
3. Almacena el agua en recipientes limpios y cubierto con una tapa			
4. Hierve o clora el agua para beber			
5. Se lava las manos después de usar la letrina			
6. Se lava las manos antes de preparar los alimentos			
7. Limpia al niño y/ le lava las manos antes de que éste coma			
8. Lava los alimentos antes de prepararlos			

* Estas preguntas serán contestadas de manera más específica al final del día en un formato adicional

INSTRUCTIVO

FICHA DE OBSERVACION DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

El presente instrumento tiene como objetivo identificar las prácticas sobre alimentación y nutrición en el niño menor de cinco años realizadas por las madres de éstos. Con este fin, se ha desarrollado 3 temas de observación:

Alimentación complementaria: A usarse para las madres con niños entre los 6 meses y 12 meses de edad.

Alimentación pre escolar: A usarse para las madres con niños entre 12 meses y 60 meses de edad.

Higiene: A usarse para las madres con niños de todas las edades del estudio (6 meses y 60 meses) de edad.

Todos los datos a recoger en esta ficha serán los observados durante la estadía en el hogar. La cual será todo el día.

Por lo tanto, es necesario evitar cualquier pregunta o comportamiento que pueda alterar la rutina diaria de dicho hogar (binomio madre – niño principalmente).

I. Transcribir los Datos Generales de la madre y del niño a partir de la ficha de Datos Generales.

II. Anotar la fecha del día que se realiza la observación.

III. Marcar con un check (✓) donde corresponda si realiza (**R**) o no realiza (**NR**) dicha práctica.

A. Alimentación complementaria

1. Verificar la edad del niño, y si éste continúa amamantando. Anotar si recibe alguna otra leche.

2. *Aquí, anotar en observaciones la cantidad (volumen) en medida casera (1/4 taza, ½ plato).

3. *Verificar que alimentos recibe y consume el niño

4. Anotar si le dan al niño biberón y si hay algún biberón en la casa.

5. *Verificar si la consistencia de las preparaciones que reciben el niño es espesa. De lo contrario, en observaciones anotar la consistencia (**S** =sólido: duro, ejem: pan, segundos; **SS**= semisólido: sopas espesas, purés, mazamoras; **L**= líquido: agüitas, caldos) de los alimentos que consume.

6. *Anotar en observaciones las veces que le dan comida al niño y la hora.

7. Indicar si agregan aceite o margarina a alguna preparación que el niño consume.

8. Anotar el nombre del alimento y la cantidad en medida casera de la porción (trozo, cda), además de las veces que le dan al día dicho alimento.

9. Colocar el nombre, cantidad y frecuencia.

10. Anotar los alimentos y las preparaciones.

11. Anotar quién acompaña al niño durante la alimentación y cómo es el comportamiento entre ambos (amable, impaciente, etc)

12. Verificar si el niño enfermo (si fuera el caso) recibe alimentos de la madre, anotar que alimentos recibe, la **cantidad** y frecuencia, y si el niño los consume. Anotar en observaciones si hay tratamiento especial para IRA o EDA, o si es indistinto. Anotar el nombre de los alimentos para cada enfermedad si fuera el caso.

B. Alimentación del pre escolar

1. Verificar que los alimentos que recibe el niño son los mismos que consume toda la familia.

2. *Anotar qué preparación le brinda *primero* la madre/cuidadora al niño durante el almuerzo y cena.

3. Verificar qué alimentos recibe y consume el niño, las preparaciones y tiempo de comida.
4. *Anotar cuantas comidas principales consume el niño y la hora de dichas comidas.
5. *Anotar cuantas comidas complementarias (refrigerios) consume el niño y la hora.
6. Anotar qué alimentos recibe el niño como refrigerio, y si éste las consume.
7. Marcar según corresponda el nombre del alimento y colocar la cantidad en medida casera de la porción, además de las veces que le dan al día dicho alimento.
8. Anotar quién acompaña al niño durante la alimentación y cómo es el comportamiento entre ambos (amable, impaciente, etc.)
9. Anotar el nombre, cantidad y frecuencia.
10. Anotar que alimentos recibe, la **cantidad** y la frecuencia, y si el niño los consume.

C. Higiene

1. Marcar realiza® si no hay animales en la cocina. Si fuera el caso colocar en observaciones qué animal y cantidad.
2. Verificar que la comida se encuentre en lugares limpios y cubiertos (tapada).
3. Verificar que el agua se encuentre en lugares limpios y cubierta con una tapa.
4. Anotar si hierven o cloran el agua para beber. Anotar en observaciones de donde se trae el agua para beber (río, puquial, pozo, otro).
5. Marcar ® si la madre/cuidadora se lavan las manos después de usar la letrina. En observaciones, anotar cómo lo hacen (usa jabón, agua de chorro, agua empozada, lavatorio).
6. Anotar si la madre/cuidadora se lavan las manos antes de preparar los alimentos. En observaciones, anotar cómo lo hacen (usa jabón, agua de chorro, agua empozada, lavatorio).
7. Anotar en observaciones cuando y cómo le lava las manos al niño (usa jabón, agua de chorro, agua empozada, lavatorio).
8. Marcar ® si lava los alimentos antes de prepararlos. Anotar en observaciones si usa agua de chorro, recipiente, etc.

OJO: En las preguntas 5,6,7,8 considerar como **NR** si se deja de cumplir el enunciado más de 1 vez.

* Estas preguntas serán contestadas de manera más específica al final del día en un formato adicional

Núm de Preg	Hora? Tiempo de Comida?	Alimento	Consistencia	Medida casera

ANEXO Nº 4**PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

Comunidad:
Nombre de la madre:

Fecha de Entrevista:
Código:

A. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1.- ¿Hasta qué edad se debe dar de lactar al niño?

a) 6 meses

d) 9 meses

b) 1 año

e) 2 años

c) No sabe

f) Otro: _____

¿Por qué? _____

2.- ¿Los niños, desde qué edad deben recibir alimentos diferentes a la leche materna?

a) 4 meses

c) 9 meses

b) 6 meses

d) 12 meses

e) No sabe

f) Otros: _____

3.- ¿Con qué preparaciones debe iniciarse la alimentación del niño?

a) Papillas

d) Caldos

b) Verduras

e) No sabe

c) Frutas

f) Otros: _____

4.- ¿Es recomendable que los niños usen biberón?

a) SI

b) NO

Por qué? _____

5.- ¿Cuál debe ser la consistencia predominante / más usada en las preparaciones del niño?

a) Líquida

c) No sabe

b) Sólida/ semisólida (espesa)

d) Otro _____

6.- ¿Cuántas comidas al día debe comer un niño entre los 6 y 12 meses?

a) 1

d) 4 a 5

b) 2

e) No sabe

c) 3

f) Otro: _____

7.- ¿Qué se le debe agregar a una de las comidas de los niños para darle más fuerza?

a) 1 cucharadita de aceite o margarina

b) No sabe

c) Otro: _____

8.- ¿Qué alimentos debe consumir su niño@ diariamente?

- | | |
|---------------------|-----------------|
| a) Frutas, Verduras | d) Papa, pan |
| b) Carnes | e) Huevo, leche |
| c) No sabe | f) Otros: _____ |

9.- ¿Qué alimentos no debe consumir su niño@?

- | | |
|------------|-----------------|
| a) Pescado | d) Frutas |
| b) Dulces | e) Gaseosas |
| c) No sabe | f) Otros: _____ |

10.- ¿Qué grupos de alimentos debe utilizar para preparar la comida del niño@? Mencione

11.- ¿Es necesario que alguien acompañe al niño durante la alimentación? ¿Por qué?

- | | |
|-------|-------|
| a) SI | b) NO |
|-------|-------|

Porque....

12.- ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma? ¿Por qué?

- | | |
|--|----------------|
| a) Seguir alimentándolo pero con mayor frecuencia (5 – 6 veces al día) | d) Igual |
| b) Debe comer menos | e) No sabe |
| c) No hay que darle leche | f) Otro: _____ |

Por qué: _____

B. ALIMENTACIÓN PRE ESCOLAR

1.- ¿Desde qué edad el niño puede comer lo mismo que toda la familia?

- | | |
|------------------------|------------|
| a) Desde el primer año | c) No sabe |
| b) Otro: _____ | |

2.- ¿Qué preparación debe comer primero el niño: Sopa, segundo?

- | | |
|------------|------------------|
| a) Segundo | c) La más espesa |
| b) Sopa | d) No sabe |

3.- ¿Qué grupos de alimentos debe comer el niño? Mencione

4.- ¿Cuántas comidas principales debe comer el niño@?

- a) 1
b) 5
d) 3
e) No sabe
c) Otro: _____

5.- ¿Cuántas veces debe comer entre comidas (refrigerios, merienda, "ccocco")?

- a) 2
b) 5
c) 3
d) No sabe
e) Otro: _____

6.- ¿Qué alimentos debe comer el niño@ entre comidas?

- a) Frutas, mazamoras
c) No sabe
b) Agüitas
d) Otros: _____

7.- ¿Es importante que el niño@ consuma alimentos de origen animal?

- a) SI
b) NO

Por qué? _____

¿Qué alimentos de origen animal debe comer el niño@?

8.- ¿Es necesario la presencia de alguien durante la alimentación del niño@? ¿Por qué?

- a) SI
b) NO

Porque _____

9.- ¿Qué alimentos no debe consumir su niño@?

- a) Pescado
b) Frutas
c) Dulces
d) Gaseosas
e) No sabe
f) Otros: _____

10.- ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma? ¿Por qué?

- a) Mayor a la habitual: (5 – 6 veces al día)
c) No sabe
b) Igual
d) Otro: _____

Porque : _____

C. ASPECTOS DE HIGIENE

1.- ¿Los animales pueden criarse en la cocina?

a) SI

b) NO

Por qué? _____

Qué animales se crían en la cocina? _____

2.- ¿Dónde y cómo debe guardarse la comida?

a) Lugar limpio y bien tapado

c) No sabe

b) Cualquier sitio

d) Otro: _____

3.- ¿Dónde y cómo debe guardarse el agua?

a) Lugar limpio y bien tapado

b) Cualquier sitio

c) No sabe

d) Otro: _____

4.- ¿Cómo se debe beber el agua?

a) Hervida

b) Clorada

c) No sabe

d) Otro: _____

5.- ¿Cuándo Ud. Debe lavarse las manos?

a) Nunca

b) Antes de comer

c) Antes de preparar los alimentos

d) Después de ir al baño

e) No sabe

f) Otro: _____

6.- ¿Cómo se debe lavar las manos?

7.- ¿Cuándo el niño debe lavarse las manos?

a) Nunca

b) Antes de comer

c) Después de ir al baño

d) No sabe

e) Otro: _____

8.- ¿Qué se debe hacer con los alimentos antes de cocinarlos?

a) Nada

d) Lavarlos

b) Sólo limpiarlos

e) No sabe

c) Otro: _____

INSTRUCTIVO

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

El presente instrumento tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años en las madres de estos niños.

En esta encuesta se pretende recoger lo que las madres **conocen**, mas no lo que hacen.

Esta prueba se realizará a manera de entrevista. Para esto, se realizarán las preguntas de la manera **más sencilla sin influir en la respuesta**. Por ello, **no leer las alternativas**

En todas las preguntas lo más importante es anotar lo que la madre refiera. Por esto, se debe registrar la respuesta inmediata.

Además de las opciones para marcar, se cuenta con la opción Otros, donde se debe registrar todo lo que ella mencione.

En las preguntas que figura el *Por qué*, es importante anotar las respuestas que la madre refiera.

En las preguntas abiertas **A** -10 (alimentación complementaria), **B**- 3 (alimentación del pre -escolar) y **C**- 6 (higiene), registrar las respuestas que indique la madre.

ANEXO N°5
ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD
(Guía reestructurada)

Nombre de la Madre:

Nombre de la Madre:

Sexo y edad Niño:

Fecha:

Comunidad:

- 1 ¿Desde qué edad el niño puede comer lo mismo que toda la familia?
 - 2 ¿Qué preparación debe comer primero, sopa o segundo? ¿Por qué?
 - 3 ¿Qué grupos de alimentos o qué alimentos debe comer el niño? ¿Y todo eso come todos los días?
 - 4 ¿Cuántas comidas principales debe comer el niño? ¿Cuántas veces come bastante al día? ¿Y cómo come al mediodía?
 - 5 ¿Entre esas comidas principales, cuántas veces debe comer comidas más pequeñas o en menor cantidad?
 - 7 ¿Es importante que el niño consuma alimentos de origen animal? ¿Su niño, come carne o queso o huevo –es decir alimentos que son de origen animal- todos los días?
- Ahora hablaremos sobre el lavado de manos
- 8 ¿Cuándo se lava las manos?
 - 9 ¿Y siempre se lava las manos?
 - 10 ¿Cómo se debe lavar las manos?
 - 11 ¿Y los niños, cuando deben lavarse las manos? ¿Por qué?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 6

GUIA DE PREGUNTAS PARA EL GRUPO FOCAL

Buenos días señoras,

1. ¿Desde qué edad el niño puede comer lo mismo que toda la familia?
2. ¿Qué preparación debe comer primero el niño: sopa, segundo?
3. ¿Qué grupos de alimentos debe comer el niño?
4. ¿Cuántas comidas principales (o de mayor cantidad) debe comer el niño/a?
5. ¿Cuántas veces debe comer entre comidas principales (refrigerios, merienda, "ccoccoao")?
6. ¿Qué alimentos debe comer el niño/a entre comidas?
7. ¿Es importante que el niño/a consuma alimentos de origen animal? ¿Por qué?
8. ¿Qué alimentos no debe consumir el niño/a?
9. ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma? ¿Por qué?

HIGIENE

1. ¿Los animales pueden criarse en la cocina? ¿Por qué?
- 2.- ¿Dónde y cómo debe guardarse la comida?
- 3.- ¿Dónde y cómo debe guardarse el agua?
- 4.- ¿Cómo se debe beber el agua?
- 5.- ¿Cuándo deben lavarse las manos?
- 6.- ¿Cómo se deben lavar las manos?
- 7.- ¿Cuándo el niño debe lavarse las manos?
- 8.- ¿Qué se debe hacer con los alimentos antes de cocinarlos?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO Nº 7
GALERÍA FOTOGRÁFICA



Realizando la encuesta de Conocimientos a una madre participante de sesiones educativas. Paccho Molinos, Paucará – Huancavelica 2008.



Pilar Flores Q., nutricionista colaboradora del estudio durante la observación a una madre no participante de sesiones educativas en Chanquil, Paucará – Huancavelica 2008



Madre de Paccho Molinos durante una faena agrícola. Paucará – Huancavelica 2008.



Niña de Chanquil comiendo mashua sancochada, su ccoccao (refrigerio), durante la siembra. Paucará – Huancavelica 2008



Madre participante de sesiones educativas durante día de observación alimentando a su niño por la mañana (06:30am) con sopa. Paccho Molinos, Paucará – Huancavelica 2008.



Madre no participante de sesiones educativas durante día de observación realizando labores agrícolas. Chanquil, Paucará – Huancavelica 2008.